

UNIVERZITA KARLOVA v PRAZE

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Dostupnost a kvalita služeb pro klienty s duální diagnózou
(psychiatrického onemocnění a látkové či nelátkové závislosti) v Praze**

The availability and quality of services for clients with a dual diagnosis (psychiatric disorders and substance or non-substance Addictions) in Prague

Klára Novosadová

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Olga Havránková

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Forma studia: kombinovaná

Bakalářská práce dokončena: prosinec 2016

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Dostupnost a kvalita služeb pro klienty s duální diagnózou (psychiatrického onemocnění a látkové či nelátkové závislosti) v Praze“ vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato bakalářská práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Ve Všetatech, 12. 10. 2016

.....

Klára Novosadová

Obsah

ÚVOD	1
TEORETICKÁ ČÁST	2
ZÁVISLOST	2
Látkové závislosti	2
Nelátkové závislosti	12
DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	15
Druhy duševních onemocnění	15
DUÁLNÍ DIAGNÓZY A PSYCHOPATOLOGICKÉ KOMPLIKACE	23
Duševní syndromy spojené s užíváním psychoaktivních látek.....	24
Nejběžnější druhy duálních diagnóz.....	25
Kazuistika, Petr 31 let	28
Modely léčby	29
Příklady konkrétních technik práce s klienty	31
PRAKTICKÁ ČÁST	34
Výzkumné otázky	34
Metody výzkumu a postup práce	35
Použitý výběrový soubor.....	36
Fokus Praha o. s.....	36
Anima terapie o. s.....	39
Bona o.p.s.	41
Drop in o.p.s.	43
Výsledky výzkum.....	45
Vedlejší výzkumné otázky	57
DISKUZE	58
ZÁVĚR.....	62
PŘÍLOHY	65

CÍL PRÁCE

Cílem mé práce je zjistit, jak jsou v Praze dostupné a kvalitní služby pro závislé a duševně nemocné klienty. Jak jsou klienti spokojeni s péčí a podporou terapeutů a sociálních pracovníků v oblasti jejich druhého onemocnění a čeho by od nich v rámci své údravy potřebovali více. Zda v jedné organizaci může pacient řešit jak závislost, tak duševní onemocnění, nebo jestli má díky svému duálnímu problému obtíže s přijetím do ostatních služeb. V případě, že klient navštěvuje kvůli duální diagnóze i jinou organizaci, než ve které právě probíhá výzkum, bude mě zajímat, zda je pro něho dojíždění snadné a finančně zvládnutelné či nikoli.

ÚVOD

V současné době je užívání návykových látek a výskyt návykového chování běžnou součástí života poměrně početné skupiny obyvatel. Nejohroženější skupinou jsou mladiství a děti do patnácti let. V průběhu sekundární socializace je těžké vyhnout se minimálně jedné zkušenosti a málo z těch, kteří poprvé vyzkouší, zůstanou pouze u jednoho zážitku. Naopak mnoho z nich pokračuje a stává se pravidelnými někdy i závislými uživateli. Můžeme hovořit například o cigaretách, alkoholu, kanabionidech, halucinogenech či stimulantech. Stejně tak se ale můžeme dotknout tématu závislosti na internetu, počítačových hrách nebo hracích automatech.

S fenoménem dnešní doby, kdy jsou například drogy, facebook a přemíra nakupování běžnou věcí, se nese mnoho okolností, které se mohou přenést až do stavu závislého chování, jež negativně ovlivňuje vývoj a psychiku dospívajícího ale i dospělého člověka, což může vést až k rozvoji vážného duševního onemocnění.

Rozvoj duševního onemocnění není zdaleka vždy způsoben závislostí. Duševní onemocnění má mnoho příčin. Stejně tak, jako závislosti. Někdy ale člověk sáhne po alkoholu nebo jiné látce, aby si dodal sebejistoty, anebo aby utekl od nepříjemných pocitů, které ho pronásledují, a pak už je k závislosti jen krůček.

Má práce sleduje provázanost návykového chování s psychiatrickým onemocněním. Budu se snažit přiblížit problematiku závislostí, druhy návykových látek, návykového chování, typy duševních nemocí a problematiku duální diagnózy obecně s akcentem na způsoby sociální práce s lidmi, kteří touto diagnózou trpí.

Důvodem pro výběr tématu se pro mě stal téměř každodenní pracovní kontakt s těmito klienty a návštěva několika kurzů pro sociální pracovníky, týkajících se problematiky duální diagnózy. V práci i na školeních jsem se dozvěděla mnoho užitečných a zajímavých informací, včetně toho, že počet klientů s duální diagnózou prudce roste a neexistuje dostatek služeb, který by se jim mohl kvalitně věnovat.

Proto jsem se rozhodla uskutečnit výzkum, který by objasnil, jak se klienti v organizacích cítí, jak jsou pro ně osobně služby přínosné, v čem jim pomáhají a jak jsou pro ně dostupné.

TEORETICKÁ ČÁST

ZÁVISLOST

Závislostní chování

Co je to závislostí chování dobře popisuje definice od Marlatt a kolegů, kteří ho definují jako: „...opakující se vzorec chování, který zvyšuje riziko vzniku nemoci a/nebo osobních či společenských problémů. Závislostní chování bývá subjektivně prožíváno jako 'ztráta kontroly' – objevuje se i přes volní snahu abstinovat nebo užívat s mírou. Typicky je takový vzorec chování charakterizován okamžitým uspokojením (krátkodobá odměna) a často je doprovázen zpožděnými škodlivými účinky. Pokusy změnit závislostní chování (léčbou nebo svépomocí) jsou obvykle charakterizovány vysokou mírou relapsů (Marlatt, 1988).“

Heinz Peter Röhr závislost popisuje jako nemoc žízň po lásce, náklonosti, uznání, ocenění nebo po spokojeném životě a pocitu štěstí. Pocit neuspokojení těchto základních potřeb může mít mnoho osob. Někdo se snaží prázdnou díru zaplnit oblečením, elektronikou, prací, internetem, sexem a někdo zase drogami nebo herními automaty. Řešení je pro každého jiné, ale výsledek bývá stejný. Je jisté, že po krátkodobém uspokojení a pocitu štěstí opět vzniká pocit prázdna, a to snad ještě větší než předtím. Následně není snadné udělat krok zpět a vymanit se z bludného kruhu (Röhr, 2015).

Látkové závislosti

Chorobný psychický nebo fyzický stav vyvolaný chemickou látkou na živý organismus. Je typický změnami chování a různými tělesnými reakcemi. Po vyprchání účinku obvykle přichází touha po opakovaném užití drogy, a to pro její psychické přínosy nebo kvůli předejití nepříznivého psychického nebo fyzického stavu, vyplývajícího z její nepřítomnosti (Enspyro, 2009).

Znaky látkové závislosti

Definitivní diagnóza závislost by se měla použít tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) **Silná touha nebo puzení užít látku** – „*U mě to bylo často silné, neboť jsem nebyl líný v noci vstát a jet si koupit.*“ (Závislý na alkoholu, 20 let)
- b) **Potíže v sebeovládání** – při použití látky „*Kontrolu jsem nad sebou neměl žádnou, co se týká brání, to jsem si dával dávky, že jsem padal do bezvědomí. Vůbec jsem neměl kontrolu nad tím, co dělám, prostě jsem to risknul.*“ (Závislý na heroinu, 21 let)
- c) **Tělesný odvykací stav** – pokud dojde k odvykacímu stavu, tzn. vysadí se nebo zredukuje látka a dojde k příznakům, které jsou známými známkami odvykacího syndromu, a které nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním. „*Je to nepříjemné, třes rukou, časté bolení hlavy, pocení, zimnice a nervozita do té doby, než se znovu napiju.*“ (Závislý na alkoholu, 23 let)
- d) **Růst tolerance k účinku látky** – k dosažení stejného účinku je potřeba vyšší množství stejné látky než při předchozím užití. „*U mne zvyšování dávek dospělo až k tomu, že jsem musel pít celý den i celou noc. Dávky alkoholu jsem za poslední 3 až 4 měsíce velice zvyšoval.*“ (Závislý na alkoholu, 29 let)
- e) **Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů** – „*Zanedbávání zájmů bylo ke konci víc a víc. Zanedbával jsem svůj zevnějšek, vztah k rodičům a částečně už i školu.*“ (Závislý na heroinu, 17 let)
- f) **Pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků** – O znak závislosti se jedná, pokud dotyčný ví, že si užíváním látky poškozuje například játra a látku užívá i přesto, že ho na to lékař upozornil. „*Prodělal jsem žloutenku B a C i psychózu, a přesto mě to neodradilo, a spíš naopak, bral jsem abych zaplašil nepříjemné myšlenky na svůj dezolátní stav.*“ (Závislý na heroinu a pervitinu, 35 let).

(Nešpor, 2008)

Druhy a účinky návykových látek

Psychoaktivní látka, je chemická látka, která ovlivňuje psychickou činnost a působí na centrální nervovou soustavu. Některé tyto látky způsobují závislost, jiné návyk. Díky tomu můžeme hovořit o fyzické či psychické závislosti. Psychoaktivní látky jsou schopny měnit mozkové funkce a mají vliv na dočasné změny nálad, vědomí, vnímání a chování (Fisher, Škoda, 2009). Psychoaktivní látky dělíme do několika skupin.

Alkohol

Účinky

Psychoaktivní účinky alkoholu jsou závislé především na jeho požitém množství. Na jeho výsledný účinek má vliv i několik dalších proměnných jako biologický (osobní dispozice, kondice), psychologický (očekávaný efekt), nebo sociální stav (působení prostředí a společnosti kde se pije) (Navykovelatky.cz, 2009).

Alkohol ovlivňuje především část nervového centra, které řídí vědomí a emoce. Užitím alkoholu nastává stadium vzrušení a pokles zábran. Při nižší dávce se alkohol u člověka projevuje zvýšeným sebevědomím, mnohomluvností, psychomotorickou excitací a povznesenou náladou. Posléze se může objevit porucha rovnováhy, snížená sebekontrola, vymizení zábran a agresivita.

Při pokračování v konzumaci alkoholu může dále nastat útlum. Objevuje se snížená bdělost, spánek, nauzea, zvracení po případech bezvědomí nebo smrt (Fürst, 1997).

Intoxikaci lze rozdělit do čtyř stádií podle množství vypitého alkoholu.

1. *Excitační stádium – požití alkoholu do 1.5 g/kg – lehká opilost*
2. *Hypnotické stádium – v rozmezí od 1.6 g/kg – 2.0 g/kg – opilost středního stupně*
3. *Narkotické stádium – hladina vyšší než 2.0 g/ kg – výrazné známky opilosti*
4. *Těžká alkoholová intoxikace – nad 3.0 g/kg – riziko bezvědomí a zástavy dechu (Kalina, 2015).*

Závislost na alkoholu

Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění, které postihuje nejen pacientovo zdraví, ale i další oblasti jeho života. Pokud není pacient dobře léčen, jeho nemoc se zhoršuje a v terminálním stádiu se může dotyčný ocitnout v psychiatrické léčebně, kde má větší šanci k uzdravení a abstinenci. V případě vyléčení je pro tuto poruchu charakteristická nevratná ztráta kontrolovaně pít alkohol. V mnohých případech se nepovede vést plnou abstinenci hned po prvním léčení, a proto se může zdát, že léčba závislosti na alkoholu je marná nebo zbytečná. Skutečností ale je, že po třech letech léčby plně abstinguje 30 – 40 % pacientů (Kalina, 2003).

Opiáty

Opiáty ovlivňují organismus prostřednictvím opioidních receptorů. Jsou to sloučeniny extrahované z máku setého, který se v lékařství užívá k utišení bolesti nebo k tlumení kašle. Dříve se tinktura z opíí používala ke zmírnění průjmu a dnes má významný vliv na redukci abstinčních příznaků u novorozenců od matek závislých na heroinu (Fisher, Škoda, 2009).

Účinky

Na centrální nervový systém opiáty působí zklidňujícím dojmem. Mají schopnost potlačovat psychickou i emocionální složku bolesti. Způsobují euforii až ospalost a dochází i k útlumu dýchacího centra. Tlumí centrum pro kašel, ale zároveň dráždí chemorepční zónu pro zvracení. Mají vliv na tělesnou teplotu (hypotermii) a vyvolávají stažení zornic do velikosti špendlíkové hlavičky.

Heroin

Z počátku byl heroin považován za lék účinný při léčbě závislosti na morfinu s nulovým rizikem vzniku závislosti. 80–90 % pražských uživatelů, aplikuje heroin nitrožilně. Lze ho také šňupat, kouřit nebo inhalovat z hliníkové folie. Závislost na heroinu vzniká poměrně rychle a pravidelně. Vede k sociální degradaci a těžce poškozuje osobnost. Velkým rizikem je také nákaza virem HIV díky nitrožilnímu podávání.

K opiátům řadíme také:

- a) „Braun“ – strukturálně podobný heroinu, typicky česká droga vyráběná jako náhrada za heroin při výkyvech heroinového trhu.
- b) Metadon – vyrábí se pouze legálně pro lékařské účely a využívá se k léčbě závislých na opiátech) (Kalina, 2003).

Odvykací stav

Jeho intenzita záleží na množství podávané látky. V lehčích případech se projevuje hlavně bolestmi břicha, průjmy, úzkostí a špatnou náladou. Těžší odvykací stav je charakteristický opornou nespavostí, zvýšením teploty, poruchou řeči, dehydratací nebo nechutenstvím. (Kalina, 2003). Někdy

dochází k zvýšení krevního tlaku, zrychlené srdeční činnosti a ke svalovým křečím, které bývají nesnesitelné. Vzácně dochází ke kolapsu a úmrtí (Fisher, Škoda, 2009).

Stimulancia

Látky s nefyziologickým budivým efektem na centrální nervovou soustavu. Dříve využívané jako prostředky na hubnutí, na které se poměrně rychle tvoří silná psychická závislost (Kalina, 2003).

Účinky

Stimulanty zvyšují bdělost a psychomotorické tempo. Především urychlují myšlení, asociace a vybavenost paměti. Zahánějí únavu a zkracují spánek. Vyvolávají velmi příjemný pocit tělesné i duševní svěžesti až euforie a brzdí chuť k jídlu (Röhr, 2015).

Kokain

Typické je žvýkání litů koky, ale v Evropských zemích se kokain nejčastěji užívá šňupáním nebo kouřením. Účinky jsou podobné jako u jiných stimulancií, trvají však poměrně krátce, ustupují už po 30. minutě.

Pervitin

Jde o Českou drogu, která je v naší republice nejrozšířenější. Nejčastěji se aplikuje nitrožilně, ale i šňupáním nebo ústy. Účinek nastupuje v podstatě okamžitě s působením 8-24 hodin (Kalina, 2003).

Extáze

Při použití ve více lidech nebo v páru se zvyšuje schopnost empatie, lásky, komunikace a nutkání se ostatních dotýkat. Někdy může být účinek doprovázen nevolností případně zvracením. Obvyklé je napětí svalstva-běžně žvýkacích svalů. Při nedostatečném množství tekutin hrozí přehřátí organismu.

Odvykací stav

1. Ihned po vysazení se objevuje únava následovaná několikadenním přerušovaným spánkem se silným hladem. Dostavuje se úzkost a mohou přijít i sebevražedné myšlenky.
2. Po základním tělesném zregenerování přichází silná chuť na drogu. Dotyčný může být podrážděný, zažívat poruchy spánku, deprese. Tento stav trvá přibližně dny až týdny.
3. Depresivní prožívání odeznívá, touha po droze slábne, i když někdy se naopak objevuje v neztenčené síle. Tato mírnější fáze trvá obvykle několik týdnů až měsíců.

Poměrně častým následkem dlouhodobého užívání stimulantů bývá vyvolání psychotického onemocnění (Kalina, 2015).

Halucinogenní drogy

Do skupiny halucinogenních drog patří několik stovek různých látek, které lze rozdělit do tří skupin.

- a) *„Přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub (durman, psylocybin),*
- b) *Přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (bufetenin),*
- c) *Poloumělé a umělé halucinogenní drogy (LSD, PCP) (Kalina, 2003).“*

Účinky

Účinky halucinogenních látek jsou si poměrně podobné. Účinek nastupuje po několika minutách nebo po hodině od požití látky a jeho intenzita závisí na množství, které si uživatel vzal. Nástup může být doprovázen pocitem na zvracení, závratí nebo chvěním. U nižších dávek se začínou objevovat iluze. Častý je sklon k ornamentalizaci, k prostorovému vnímání barev a výskyt kaleidoskopických obrazců. Ve většině případů je intoxikace doprovázena euforií a dobrou náladou, ale pocity mohou být i opačné. Vyšší dávky mohou navodit intenzivní halucinogenní stav, který se vymyká kontrole dotyčného a může nastoupit tzv. „bad trip.“ Účinky halucinogenních látek jsou pro každého jiné, neboť záleží na celkovém „nastavení“ jednotlivce – na únavě, náladě, očekávání apod.

Psilocybin

Je látka obsažená v houbách rodu lysohlávek, které se běžně vyskytují na rozsáhlé části území České republiky. Patří k nejrozšířenějším přírodním halucinogenům u nás. Riziko je spojené hlavně s kontrolou míry intoxikace, jelikož se špatně odhaduje množství aktivní látky. Užívá se perorálně.

LSD

Jedná se o malé papírové čtverečky s natisknutým obrázkem nebo o krystalickou látku modré či zelené barvy. V obou případech se LSD užívá perorálně a nechává se v ústech rozpustit (Kalina, 2003).

Konopné drogy

Psychoaktivní látky z indického konopí (*Cannabis sativa*) jsou označovány jako kanabionidy. A hlavní psychotropní složkou konopí je látka označovaná jako THC. Konopné drogy jsou nejčastěji užívanou drogou světa (Fisher, Škoda 2009).

Účinky

Účinky na uživatele bývají individuální podle toho, v jakém je dotyčný momentálním osobním nastavení. Jak je unavený, jakou má náladu, v jakém je prostředí nebo jaký očekává stav. Účinek po vykouření drogy nastupuje do desítek sekund nebo minut (při požití ústy za delší dobu). Charakteristický je pocit nepříjemného sucha v ústech, pocit hladu, deformace vnímání času. Časté jsou zrakové, sluchové i hmatové iluze. Ve většině případů je stav doprovázen euforií, dobrou náladou až záchvaty smíchu. Někdy se mohou objevit úzkostné nebo panické stavy, nevolnost, zvracení a delší užívání může u člověka vyvolat psychotické onemocnění. (Kalina, 2003).

Marihuana

Sušené květenství a horní listky ze samičí rostliny konopí. Při dobrém zpracování má látka tmavě zelenou barvu a lepkavou konzistenci s charakteristickým zápachem.

Hašiš

Konopná pryskyřice, která obvykle obsahuje příměs květenství a drobných nečistot. Je zabarvená do hněda a obsahuje přibližně o 20-30 % víc aktivních látek než marihuana (Substitucnilecba.cz, 2016). Hašiš i marihuana jsou pokládány za neškodné návykové látky. Ale díky častému užívání konopí se mohou dostavit poruchy krátkodobé paměti, soustředění a poruchy zpracování informací. Výjimkou nejsou ani flashbaky, které se mohou dostavovat při špatném psychickém stavu – při depresi nebo při intoxikaci na místě, kde to není příjemné. Neméně časté jsou i paranoidní stavy a strachy (Fisher, Škoda, 2009).

Léky vyvolávající závislost

Analgetika

Látky, které snižují vnímání bolesti. Rozdělují se na analgetika opiodní, které se používají k tlumení silné pooperační, poúrazové nebo onkologické bolesti (Morphin, Codein) a na analgetika neopiodní, které se užívají k tišení bolesti svalů, kloubů zubů nebo na snížení horečky (Aspirin, Brufen). Na neopiodních analgetikách závislost nevzniká.

Hypnotika a sedativa

Sedativa jsou látky se zklidňujícím účinkem. Typickými sedativy jsou hypnotika, která se užívají především jako prášky na spaní. Hypnotika benzodiazepinová, kam patří především preparát Nitrazepam užívaný při poruchách spánku a Rohypnol – jeden z nejzneužívanějších prášků světa. Stal se lákavou drogou i pro Českou mládež zneužívající současně jiné drogy. Běžně bývá doplňkem při injekčním podávání heroinu nebo při dojezdových stavech po pervitinu. Závislý jsou schopni užívat i dvacet tablet denně.

Anxiolytika

Jedná se o léky k tlumení patologického strachu a úzkosti. Nejčastěji předepisovaná jsou benzodiazepinová anxiolytika, která rychle tlumí úzkost a psychickou tenzi. Prakticky na všechny léky z této skupiny se poměrně rychle tvoří silná závislost, která nemusí být na první pohled patrná. Často si lze všimnout až při vysazení a abstinenci. Nejčastěji se závislost s těmito léky pojí se závislostí na alkoholu (Kalina, 2003).

Závislost na lécích není vhodné podceňovat. Jejich účinky se mohou podobat až těžké opilosti a mají i podobná rizika jako alkohol. Lékařská pomoc po užití vysoké dávky léků je nutná (Nešpor, 1995).

Znaky odvykacího stavu:

- a) bolesti hlavy, nervozita,
- b) nauzea, zvracení
- c) třes jazyka, víček nebo rukou,
- d) pokles krevního tlaku,
- e) psychomotorický neklid,
- f) poruchy spánku, přechodné iluze,
- g) úzkost, křeče a další (Fisher, Škoda, 2009).

Zajímavostí je, že abstinенční příznaky se u lidí závislých na lécích mohou objevovat ještě po měsících a letech. Mohou být tedy trvalejší než u lidí závislých na alkoholu (Röhr, 2015).

Těkavé látky

Neboli inhalační drogy. Patří sem ředidla, lepidla, rozpustidla nebo i plynné látky. Liší se od sebe chemickým složením i způsobem účinku.

Akutní a chronické účinky

Při intoxikaci těkavou látkou dochází k poruchám vnímání, barevným halucinacím, k útlumu nebo ke spánku, někdy i k poruchám vědomí a často k euforii. Chronickým užíváním vznikají poruchy emotivity – labilita, agresivita. Dochází ke ztrátě zájmů a k celkovému otupění („hloupnutí“). Může dojít i k poškození dýchacích cest, ledvin nebo jater.

Toluen-nejrozšířenější inhalační droga v České republice. Rozpouštědlo a ředidlo laků.

Trichlorethylen-jedovaté rozpouštědlo, které se kdysi přidávalo do čistícího prostředku Čikuli.

Další například: Aceton, Ether-používaný k narkózám, Benzin nebo Rajský plyn (Kalina, 2003).

V mnoha případech dlouhodobého užívání návykových látek je vysoké riziko vzniku psychotického onemocnění. Psychické onemocnění může u uživatelů propuknout díky užívání každé psychoaktivní látky, a to i po jednorázovém experimentu.

Nelátkové závislosti

Základní komponenty k vymezení behaviorální závislosti, jejíž přítomnost v klinickém obraze je důvod k určení diagnózy.

- a) Význačnost – daná aktivita se stává v životě nepřiměřeně důležitou,
- b) změna nálady – především při zahájení jiné aktivit, která má mít charakter zvládací strategie při abstinenci,
- c) růst tolerance – delší časové úseky strávené při dané činnosti,
- d) abstinenční příznaky,
- e) vnitřní konflikty jedince,
- f) relaps (Vacek, 2014).

Druhy nelátkových závislostí

Návykové a impulsivní poruchy

Všechny diagnózy z této kategorie obsahují tři základní charakteristiky.

- a) Neschopnost odolat impulzu udělat něco, co je považováno za nebezpečné,
- b) jedinec si uvědomuje nárůst napětí před vykonáním činu,
- c) j popisuje stav vzrušení při vykonávání impulzivního činu, (po činu mohou následovat pocity viny, lítosti, úzkost).

Mezi tyto poruchy můžeme zařadit pyromanii, kleptomanií nebo patologické hráčství.

Patologické hráčství

Jde o opakované epizody hráčství, které se postupně stávají hlavní aktivitou v životě hráče. Začne zanedbávat své přátele, rodinu, zaměstnání i ohledy na finance, které ve hře ztrácí. Často se zadlužují a kvůli finančním prostředkům jsou schopni i páchat trestnou činnost. Jedinci se nedokáží soustředit na nic jiného a jsou pohlceni jen myšlenkami na danou aktivitu, stejně jako u jiných závislostí (Vacek, 2000).

„Hraní na automatech jsem zvyšoval a začínal nad svým jednáním ztrácet kontrolu. Hrál jsem víc a víc, kamarádi pili svoji tekutinu a já jsem se nenechal rušit. To bylo pořád dokolečka (Nešpor, 2008).“

Technologické závislosti

Do druhu těchto závislostí patří závislosti na různá technologická zařízení, jako je televize, počítač, internet, telefon a jiná audiovizuální nebo komunikační technika. I přesto, že počítače a internet jsou v dnešním světě pomocníci, bez kterých si často svou práci nedovedeme představit, mají i svá negativa, a to hlavně pokud u nich lidé tráví příliš mnoho času.

Mezi důsledky přemíry času stráveného online, patří narušení denního rytmu, poruchy spánku, zanedbávání tělesné hygieny a výživy, bolesti hlavy a očí, nebo zhoršení orientace v čase. Jako dlouhodobý důsledek pobývání u počítače nebo u jiných technologických zařízení, bývá pokles fyzické aktivity, změna životního stylu, obezita, problémy v sociální oblasti – ztráta přátel, konflikty ve vztazích, zanedbávání povinností. Fenomén problémového užívání technologií je popisován už od 80. let dvacátého století (Vacek, 2000). Nejohroženější skupinou jsou muži do osmnácti let a ženy v domácnosti (Röhr, 2015).

„Chlapce ve věku 16 let vyloučili kvůli nadměrnému věnování se počítačům a souvisejícímu neprospěchu z gymnázia. Tyto problémy přetrvávali i na hotelové škole, kam přešel (místo do školy chodil ráno do internetové kavárny). Až to přimělo rodinu hledat psychologickou pomoc (Nešpor, 2008).“

Závislost na nakupování

„Shopoholismus“ nebo také oniomanie je označení pro nutkavé pocity stále něco nakupovat a obklopovat se předměty, které jsou nepotřebné. Nakupování probíhá nejen v kamenných obchodech, ale také na internetu a závislími bývají nejčastěji ženy. Jediněc pocituje silnou touhu něco vlastnit, něco si koupit nebo objednat. Při aktivitě pocituje dotýčný euforii, ale někde uvnitř může často být i pocit nejistoty a pochybnosti, zda koná správně. Po koupi nebo objednání nastupuje úzkost a výčitky svědomí kvůli utraceným penězům. Obvykle si potom hájí nákup před partnery jako velice výhodný, snižují cenu výrobku nebo partnera o nákupu vůbec neinformují. Tento problém se může týkat jak zámožných, tak i nezámých osob (Vacek, 2000). Nakupováním se takto nemocní lidé snaží zbavit frustrace, nudy nebo pocitu méněcennosti. Závislostí na nakupování trpí 6-9 % dospělých (Röhr, 2015).

„Když se dostanu do obchodu, přestávám se ovládat. Chci tohle a ještě tamto. Pak přijdu domů a zjistím, že spousta toho, co jsem nakoupila, je úplně k ničemu. Nakonec to skončí někde ve sklepě. A manžel nadává, kolik, jsem zase utratila a za jaké blbosti (Nešpor, 2008).“

Poruchy příjmu potravy

Nejznámějšími poruchami v přijímání potravy jsou anorexie a bulimie. Anorexie je nemoc, kdy jedinec naschvál omezuje přísun potravin až na život ohrožující hranici. K tomu přespříliš sportuje a může užívat anorektika nebo jiné léky na hubnutí. Bulimie je onemocnění, které má i přes nadměrné přejídání za následek úbytek váhy, a to díky úmyslnému vyvrhování potravy nebo díky užívání anorektik nebo projímadel (Vacek, 2000). Poruchy příjmu potravy mají některé stejné atributy jako závislosti. Jedná se převážně o tzv. craving (bažení se) a neustálé zabývání se... „a neodolatelná touha...“ připomínající známé znaky závislosti.

„Kvůli přejídání a zvracení jsem se rozešla se svým přítelem. Potom jsem začala často pít alkohol (Nešpor, 2008).“

Workoholismus

Poprvé se pojem workoholismus objevil v roce 1968 v USA. Mohli bychom ho charakterizovat jako chorobnou závislost na práci. Častý znak této závislosti je, že práce, přemýšlení o práci a puzení k práci převýší nad všemi dalšími činnostmi. Pokud není možné se práci věnovat, mohou se u dotyčného objevovat deprese nebo úzkosti z pocitu nečinnosti. Může se také vyskytnout nemoc z přepracování a problémy v mezilidských vztazích (Vyskočilová, 2015).

Závislost na sexu

Nejedná se pouze o pouhou zvýšenou sexuální potřebu, ale přímo o posedlost sexem, která se neprojevuje jen touhou po sexuálním styku několikrát denně, ale také nutkavými myšlenkami na sex, které dotyčnému nedovolí soustředit se na nic jiného. Tyto představy zcela ovládnou jejich koníčky, zájmy nebo vztahy. Uvedený problém ještě získal na dramatickosti v souvislosti s rozšířením viru HIV a dalších sexuálně přenosných nemocí. Neméně často ale bývá diagnosa hypersexuality využívána jako racionalizace a dobrý způsob, jak omluvit své vlastní neodpovědné chování.

„Z psychiatrické praxe a manželského poradenství jsou známy četné případy jinak zodpovědných lidí, kteří měli rádi své partnery i rodiny, ale kteří se ve vztahu k sexu nedokázali ovládat a rozbili nebo ohrozili svá manželství, kariéry nebo dokonce i svůj život (Nešpor, 2008).“

DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

„Duševní onemocnění zahrnuje změnu některých psychických procesů projevujících se v myšlení, pocitech a v chování člověka, které znesnadňují jeho adaptaci a interakci se sociálním okolím. Za příčiny vzniku duševních poruch se považuje vliv genetiky, organické či chemické vlivy, konflikty, špatné učení aj (Hartlová, 2010).“

Druhy duševních onemocnění

Organické duševní poruchy

Tyto duševní poruchy vznikají poškozením mozku nebo centrální nervové soustavy. Nejčastěji se objevují v pokročilém věku následkem degenerativních změn mozkových buněk.

Demence

Jedná se o chronický úbytek kognitivních funkcí převážně v oblasti orientace v čase, v prostoru nebo v myšlení. Snižuje se taky schopnost chápat okolnosti, učit se nebo komunikovat. Nejvíce postiženým místem bývá krátkodobá paměť.

Existují další formy demence jako:

- demence u Alzheimerovy nemoci,
- Ischemicko – vaskulární demence,
- demence u Parkinsonovy nemoci (Kelnerová, 2014).

Psychózy

„Těžké duševní onemocnění, při němž nemocný ztrácí kontakt se skutečností, kterou jinak vnímá, jinak ji hodnotí, a jinak se proto chová. Tato ztráta kontaktu souvisí s halucinacemi a bludy, pod jejichž vlivem se nemocný může dopouštět pro okolí zcela nepochopitelných činů. Psychotikovi, který se však nepovažuje za duševně nemocného, nemá „náhled“, připadají zcela v souladu s jeho vnímáním světa (Velký lékařský slovník, online). Psychóza zásadním způsobem mění lidské chápání sebe sama. Mění

chápání druhých lidí i okolního světa. Skutečný svět přestává být důvěryhodný a do popředí se dostávají přeludy a fantazie (Kalina, 2001).

Schizofrenie

Jedná se o těžké duševní onemocnění. S poruchami myšlení, vnímání a afektivity obvykle s prvky autismu a ambivalence. Myšlení se projevuje jako roztěkané, nesouvislé a nelogické. Často jsou používány slova v jiných významech, slučují se dvě myšlenky v jednu nebo vznikají úplně nové výrazy a dotyční mluví vymyšlenou řečí. Styl mluvy může být nepřírozený až přehnaný.

Pozorování okolního světa ulpívá mnohdy na nepodstatných detailech, kterým bývá přiřazován velký význam. Lidé trpící schizofrenií mají často pocit, že jsou středem pozornosti nebo předmětem pozorování. To v nich může vyvolat pocit ohrožení.

Neméně časté bývají výkyvy nálad nebo naopak citová otupělost, která je ve skutečnosti uvnitř pocíťována jako nepříjemná tenze. Velké procento osob se schizofrenií skrývá strach, který se může vyvinout až do bludných zážitků, halucinací nebo stihomamů. Může dojít ke ztrátě vztahu k realitě a k úplnému uzavření se do sebe (Fürst, 1997).

Existuje několik forem schizofrenie, například:

- **Hebefrenická schizofrenie**-podobá se „zastydlé pubertě.“ Lidé, kteří jí trpí jsou infantilní, povrchní, rozjívení a často velice nespoutaní. Je rovněž charakterizována nezbedností, vrtkavostí a nevypočitatelnými projevy.
- **Simplexní schizofrenie**-nemoc nastupuje poměrně nepozorovaně, postižený se uzavírá do sebe, ztrácí hygienické návyky a kontakty s okolím. Příznakem je také zlostejnění, zpovrchnění a ztráta zájmů. Tento druh schizofrenie je poměrně málo častý.
- **Katatonní schizofrenie**-dochází k těžkým poruchám pohybu až k úplné strnulosti nebo naopak k prudké až nekontrolovatelné pohyblivosti (mlácení končetinami kolem dokola). Bývá poměrně vzácná. Závažnějším ukazatelem je katatonní stupor, díky kterému pacient zaujímá nepřírozené pozice.
- **Paranoidní schizofrenie**-výrazné jsou poruchy vnímání-halucinace s bludy. Nemocný má permanentní pocit, že ho někdo pronásleduje nebo ovlivňuje. Mohou se objevit i poruchy vůle a řeči. Bludy mají často organizující vliv na vnímání nemocného. Vedou ho k symbolickému nebo k magickému myšlení. Halucinace jsou nejčastěji sluchové (Bouček, 2006).

- *„Reziduální schizofrenie-jedná se o chronické stadium nemoci s jasnými návraty negativních symptomů (Kelnerová, 2014).“*

Afektivní poruchy (Poruchy nálady)

Afektivní poruchy se vyznačují nepřiměřeným emočním laděním. Může docházet k poklesům nálady (k depresi) nebo k nepřiměřenému zvýšení nálady (k mánii). Pokud se tyto nálady střídají, hovoříme o tak zvané maniodepresivní psychóze. Tyto chorobné nálady adekvátně neodpovídají životní situaci pacienta a narušují jeho uvažování, jednání i somatické funkce. Důsledek tohoto onemocnění může být sociální selhávání a adaptační poruchy (Kelnerová, 2014).

- **Mánie** – mánie je doprovázená zvýšením míry energie díky čemuž dochází k hovornosti a snížené potřeby spánku. Typickým znakem je povznesená nálada, přemíra energie, pocit, že dotyčný všechno zvládne. Vzrušení může přejít v agresivitu nebo i zuřivost. Lidé s manickým onemocněním vůči sobě nepocítují žádnou kritiku, jsou přehnaně sebevědomí a jsou schopni v tomto stavu dělat nejrůznější neracionální rozhodnutí, jako například zakládat firmy, brát si půjčky apod (Smolík, 2002).
- **Deprese** – Depresivní porucha je nejčastějším psychickým onemocněním současnosti a trpí jí převážně ženy. Jde o emočně prázdný stav, kdy je dotyčný v celkovém útlumu. Jakoby ospalý a neschopný rychle přemýšlet. Na prvním místě jsou pocity viny, neschopnosti, samoty, pocity selhání, zmaru a beznaděje.
- **Maniodepresivní psychóza** – fázové střídání manické a depresivní poruchy s větší či menší pravidelností. Deprese však bývá častější a leckdy může zcela převládat (Fürst, 1997).

Neurózy

„Klasické označení pro funkční duševní poruchu bez organického nálezu na mozků, která spočívá v narušené schopnosti přizpůsobení, v poruchách myšlení, jednání, vnímání, citění, přičemž na rozdíl od psychózy si pacient svůj stav uvědomuje, má náhled a jeho osobnost není rozložena“ (Velký lékařský slovník, online). Člověk nemocný neurózou může trpět depresivními rozladami, strachy, nutkavými

myšlenkami únavou nebo úzkostmi. Pro ostatní lidi bývá takto nemocná osoba v zásadě srozumitelná (Kalina, 2001).

Úzkostná neuróza

Úzkost by se dala popsat jako pocit sklíčenosti, zmaru, beznaděje a bezvýhodnosti až bolestivé tenze. Často ji provázejí tělesné projevy jako je bušení srdce, chvění, motorický neklid, průjem, vyschlé hrdlo apod. Tyto úzkosti a strachy mohou nastupovat náhle a bránit ve vykonávání běžných denních činností. Chronická úzkost jakéhokoli druhu je často velmi vysilující. Původ má v dětství nebo vniká vlivem události, která se dotyčnému stala. Člověk postižený touto poruchou si je vědom nesmyslnosti svých pocitů a obav, ale není schopen jim racionálně čelit. Do úzkostných poruch můžeme zařadit na příklad:

- obsedantně kompulzivní poruchu,
- fobické úzkostné poruchy,
- reakce na vážný stres a poruchy přizpůsobení,
- konverzní poruchy a další (Fürst, 1997).

Obsedantně-kompulzivní porucha

Obsedantní neboli vtíravé myšlenky jsou impulzy, představy nebo nápady, které se znovu a znovu vtírají do mysli postiženého, to se následně projevuje nutkavým pocitem něco konat. Dotyční pociťují impulzy, které je podněcují k jednání, jejichž provedení jim sice neposkytuje pocit potěšení, ale je pro ně nemožné se podle myšlenek neřídit (Smolík, 2002).

Častým nutkáním bývají hygienické návyky na příklad mnohokrát opakované mytí rukou, obvyklé denní činnosti jako zamykání, nekončící kontrolování domácích spotřebičů před odchodem z bytu nebo zvláštní nutkání nešlapat na čáry mezi dlaždicemi (Fürst, 1997).

Fobie

Jde o duševní poruchy, kdy úzkost často přechází v paniku. Jedná se o pocity úzkosti a strachu, který se vztahuje k určité věci nebo situaci, která není v tu chvíli doopravdy nebezpečná. Nevědomé úzkosti jsou promítány do vnějších objektů a strach se přemísťuje mimo osobnost (Před pavouky lze utéct, před vnitřními problémy vyvolávající strach nikoliv – hledají se tedy stále nové objekty). Fobii

člověk může pociťovat v podstatě z čehokoliv, a proto jich je velice mnoho. Výsledkem je vyhýbání se takovým situacím nebo objektům.

Nejznámější fobie jsou:

agorafobie – strach z otevřených prostor a veřejných prostranství,

sociální fobie – strach ze styku s ostatními lidmi,

klaustrofobie – strach z uzavřených prostor,

arachnofobie – strach z pavouků (Bouček, 2006).

Konverzní neuróza

O konverzní neuróze můžeme hovořit tehdy, projevují-li se potlačené vnitřní komplexy tělesnými symptomy. V podstatě jakákoli nemoc může být výrazem přeměnné reakce. Nejčastěji se jedná o ochrnutí, zvracení, někdy dokonce i o slepotu.

Speciální formou konverzní neurózy bývají hypochondrické syndromy. Lidé, kteří mají tento syndrom, se domnívají, že trpí nejrůznějšími nemocemi. Jejich myšlení se soustředí převážně na příznaky možných chorob a tím je neméně často provází i pocit úzkosti (Kelnerová, 2014).

Poruchy osobnosti

„Porucha osobnosti je dlouhodobá, v osobnosti zakotvená a velmi ovlivňující chování. Nevyplývá z jiného psychiatrického či somatického onemocnění, ani z vlivu psychoaktivních látek. Objevují se obvykle již v dětství či adolescenci a mají tendenci přetrvávat. V jejich příčině se uplatňují faktory genetické i vlivy psychosociální, výchova apod. Často různou měrou ovlivňují i sociální adaptaci jedince.“ (Velký lékařský slovník, online).

„Jsou to osobnosti u nichž, ve srovnání se zdravými osobami jsou jejich některé vlastnosti podvyvinuté a jiné přebujelé, takže jsou krajně nevyvážení, a proto svými projevy mohou trpět ony samy a jejich okolí (Zvolský, 1994).“

Schizoidní porucha osobnosti

Člověk postižený touto nemocí má značné problémy s navazováním mezilidských vztahů. Upřednostňuje fantazie a samotářství. Typicky se snaží vyhnout emočním a společenským kontaktům. Má rovněž velký problém vyjádřit emoce a cítí se lépe obklopen věcmi než lidmi. Jedinec mívá i monotónní styl řeči a letargické, mdlé pohyby (Praško, 2015). Vyšší je výskyt u mužů než u žen (Smolík, 2002).

Paranoidní porucha osobnosti

Porucha osobnosti, která se vyznačuje nadměrnou vztahovačností přecitlivělostí, tvrdým neodpouštěním urážek, které často nebyly na dotyčného vůbec myšleny pejorativně. Převažuje tendence trvalé zášti, bojovný smysl pro vlastní práva bez ohledu na bezprostřední situaci. Postižený žije v neustálém strachu, že mu chce někdo ublížit, často se snaží všemožnými prostředky domáhat se svých práv a má pocit, že se proti němu dějí všelijaké křivdy. Paranoidní osobnost se většinou projevuje kverulantstvím, žárlivostí nebo fanatismem. Výskyt je vyšší u mužů než u žen (Smolík, 2002).

Disociální porucha osobnosti

Osobnost s touto poruchou trpí absolutní bezohledností vůči ostatním. Jedinci hledají uspokojování svých potřeb bez svědomí, často na úkor někoho jiného. Bez problémů porušují společenská morální pravidla a konvence. Často již od dětství lžou, kradou, šikanují spolužáky nebo týrají zvířata. V dospělosti jsou promiskuitní, zneužívají druhé a jejich chování bývá kriminální. Rovněž mají nízký práh pro výbuch agresivity a násilí (Praško, 2015). Častější je u mužů (Smolík, 2002).

Histriónská porucha osobnosti

Klasickým příznakem histriónské poruchy bývá neustálé zabývání se pozorností druhých a vlastním vzhledem. Jedinec se za každou cenu snaží upoutat na sebe pozornost, a to i za cenu vlastní ostudy. Člověk s tímto onemocněním chodí velmi nápadně oblékaný, má teatrální vystupování a smysl pro dramatičnost. Svoje emoce vyjadřuje velice pestře, ale v jeho prožívání nejsou hluboké. S okolím se snaží manipulovat, intrikovat a často ostatním lže (Praško, 2015). Diagnóza častější u žen (Smolík, 2002).

Anankastická porucha osobnosti

Hlavním ukazatelem je perfekcionismus, lpění na stereotypech, pravidlech a vyžadování neměnného pořádku. Jsou to lidé svědomití, opatrní, kteří nedůvěřují ostatním. Často bývají vyčleněni z kolektivu pro svou upjatost a neschopnost improvizace. Partnerské vztahy ztěžují svou pedantností a emoční odtazitostí (Bouček, 2006).

Anxiózní (úzkostná) porucha osobnosti

Klasické jsou pocity napětí, nebezpečí, obav a méněcennosti. Jedinec nechce být odmítán a má pocit, že musí být za každou cenu oblíben. Jakákoli kritika na jeho jméno jen prohlubuje jeho špatné sebehodnocení. Vyhýbá se aktivitám, které znamenají interpersonální kontakt. Trpívají často depresemi a rozhořčením nad vlastní neschopností navázat pevnější sociální kontakt (Smolík, 2002).

Závislá porucha osobnosti

Nejviditelnějším rysem závislé osobnosti je postrádání samostatnosti. Člověk s touto poruchou je totiž silně závislý na jiných lidech. Sám se nepouští do žádných malých ani velkých rozhodnutí a odmítá přebírat za cokoli zodpovědnost. Ve svých fantaziích se zabývá obavami, že bude opuštěný nebo bez pomoci. Má strach, že ztratí náklonost ostatních a dělá vše pro to, aby se tak nestalo. Má většinou velmi nízké sebevědomí a přilnutím k druhému člověku se ho snaží zvýšit. Chová se tak, aby nikoho nerozzlobil, a vyzařuje bezmocným dojmem. Poměrně šťastný může být ve vztahu, kde jejich protějšek má „pečovatelskou potřebu“ (Bouček, 2006).

Emočně nestabilní porucha osobnosti

Emočně nestabilní jedinec má problém se zkratkovitým jednáním. Schopnost plánovat si věci do předu bývá malá a jeho nálada je nepředvídatelná a výbušná. Jedinec přeskakuje od jedné činnosti ke druhé a nestíhá promýšlet následky svých činů. Pokud mu někdo vytkne jeho jednání, dokáže být konfliktní až agresivní. V období klidu pociťuje prázdnotu, napětí a vyhledává akci (Praško, 2015).

Je možné rozlišovat dva typy emočně nestabilní poruchy:

- **Impulzivní porucha** – vyznačuje se převážně emoční nestabilitou a neschopností ovládat své popudy. Častý bývá sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti a typická bývá i nestálá a nevypočitatelná nálada.
- **Hraniční porucha** – se projevuje vnitřní nejistotou a pocitem prázdnoty. Často si dotyčný není jistý, kdo vlastně je, jaké má cíle, preference nebo sexuální orientaci. Také velmi špatně snáší odmítnutí, ale lehce se zaplétá do nestálých vztahů. Typické jsou demonstrativní sebevraždy nebo náznaky sebepoškozování (Smolík, 2002).

DUÁLNÍ DIAGNÓZY A PSYCHOPATOLOGICKÉ KOMPLIKACE

Duální diagnóza je v adiktologické a psychiatrické sféře označení pro kombinaci poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy, která se vyskytuje u jednoho pacienta současně. Běžně bývá docela obtížné správně diagnostikovat takto komplikovaný problém, protože symptomy psychického onemocnění mohou být způsobeny pouze následkem užívání návykové psychoaktivní látky. Pokud klient delší dobu abstínuje nebo jsou mu krátkodobě předepsána psychofarmaka, psychické obtíže mohou odeznít a není nutné kvůli akutní epizodě z intoxikace stanovit duální diagnózu. Naproti tomu závislost může psychickou poruchu překrývat, což znesnadňuje její rozpoznání. K obtížnému posouzení duální diagnózy přispívají rovněž samotní pacienti, kteří závislost nepřiznávají a prezentují pouze své psychické potíže, jelikož se za status závislého stydí, nebo také proto, aby dostaly na předpis léky, které by bylo možné zneužít či prodat (Kalina, 2015). Ke stanovení správné diagnostiky a ke zvolení účinného léčebného plánu lze představit několik základních zásad:

1. Mít možnost opakovaně vyšetřit pacienta po 4-6 týdnech prokázané abstinence.
2. Informovat se o pacientovi od jeho rodiny a blízkých.
3. Podrobně se seznámit se zdravotní dokumentací pacienta a spolupracovat s ostatními odbornými pracovišti.
4. Provést psychologické vyšetření zaměřené na osobnost.
5. Provést vyšetření celkového tělesného stavu pacienta.
6. Ochota pacienta spolupracovat (Nešpor, 2003).

Problematikou duálních diagnóz se zabývala a zabývá řada studií. Liší se výzkumnými technikami a pravděpodobně i mírou zvládnutí diagnostických problémů. První Česká studie, která probíhala u 200 pacientů léčených na opiátech a metanfetaminu, prokázala 35 % psychiatrické komorbidity. Při posledním šetření v České republice v roce 2012 bylo zjištěno téměř 47 % psychiatrické komorbidity se závislostí.

Podle výzkumů by bylo patrné, že počet duálních klientů roste. Otázkou zůstává, zda je tomu opravdu tak, nebo jestli si pacientů s duální diagnosou všímáme nyní více než před lety. Dříve to mohly

být klienti, kteří ze služeb odcházeli, nespolupracovali tak jak měli, nebo klienti kteří měli neustálé problémy s relapsy a jejich léčba byla neúspěšná.

Problematiku duálních diagnóz můžeme rozdělit do tří skupin.

1. Jde o skupinu lidí, kteří trpí psychickou poruchou, která může mít za následek užívání drog nebo rozvoj závislého chování. Látka nebo určitá činnost působí pacientům úlevu a únik od psychických obtíží a snadno vzniká závislost.
2. Ve druhé skupině najdeme nejčastěji dlouhodobé uživatele návykových látek, kterým psychoaktivní látky způsobí nebo vyprovokují některou z psychických poruch. Psychická porucha může vzniknout, ale také pouze po jednom užití návykové látky nebo při delší nelátkové závislosti.
3. Do třetí kategorie můžeme zařadit klienty, kteří trpí psychickou nebo stresovou poruchou, která mohla vzniknout traumatizací v dětství. Duševní onemocnění v kombinaci se závislostí může být jejím následkem (Nešpor, 2003).

Duševní syndromy spojené s užíváním psychoaktivních látek.

Akutní intoxikace

dočasný stav vyvolaný psychoaktivní látkou vedoucí k poruše vědomí, chování, vnímání nebo emotivity (Bouček, 2006). Účinek jednotlivých látek se u každé z osob liší v závislosti na osobnosti uživatele, dávce a okolnostech požití. Akutní intoxikace může být bezproblémová, ale můžou nastat komplikace jako: delirium, kóma nebo křeče (Smolík, 2002).

Škodlivé užívání

užívání psychoaktivních látek, které má za následek poškození zdraví v psychické či duševní oblasti (Bouček, 2006). Aby se skutečně jednalo o škodlivé užívání, je nutný důkaz o tom, že požití látky je odpovědné za duševní nebo zdravotní stav jednotlivce a projevy poškození by se měly opakovaně objevovat v průběhu 12ti měsíců nebo by měli trvat déle než jeden měsíc.

Syndrom závislosti

soubor kognitivních, fyziologických a behaviorálních fenoménů, které vzniknou po dlouhodobém užívání návykové látky. Nejčastěji jde o silnou touhu užít látku, trvalé užívání i přes nežádoucí následky jako zanedbávání práce, rodiny a dalších aktivit (Smolík, 2002).

Odvykací stav

Různé tělesné a duševní symptomy, ke kterým dochází, pokud delší dobu neužijeme návykovou látku (Bouček, 2006). Začátek a průběh stavu jsou časově limitovány a jejich intenzita závisí na dávce, která byla užívána bezprostředně před jejím vysazením nebo redukcí a také na druhu psychoaktivní látky (Smolík, 2002).

Nejběžnější druhy duálních diagnóz

Pervitinové psychózy

Nejčastěji paranoidní případně paranoidně-halucinatorní symptomy jsou častým průvodcem uživatelů stimulantů. V naší zemi, kde je nejběžněji užívaný pervitin jsou pervitinové psychózy zjišťovány u dlouhodobějších uživatelů takřka pravidelně. Bývají často důvodem, proč klienti začnou vyhledávat odbornou pomoc. Podle MKN by se psychotické symptomy měly začít vytrácet po jednom měsíci abstinence, ale je běžné že ještě po půl roce příznaky psychózy neodeznívají a některé rysy zůstávají již napořád (například senzitivní vztahovachnost). Za nejúčinnější léčbu se považuje odírání látky s průběžným navštěvováním psychoterapeutických skupin, kde si klienti předávají vlastní zkušenosti. Někdy je také na místě nasadit farmakoterapii v podobě netlumivých antipsychotik.

Kanabisové psychózy

Na rozdíl od paranoidních pervitinových psychóz mají ty kanabisové spíše simplexní průběh. Simplexní psychózy se objevují okolo 19. až 20. roku života a vyznačují se stažeností, nekomunikativností,

nedostatkem aktivity, iniciativy, minimální gestikulací a nevýraznou mimikou. Bývají velmi těžko rozpoznatelné a často se začínají léčit pozdě. Bez léčení mohou trvat i roky. Riziko onemocnění je vyšší zejména u osob, které začaly užívat konopné drogy v nízkém věku (Kalina, 2015).

Alkoholové psychózy

Tyto psychotické poruchy vyvolané, vznikají jako následek trvalého a dlouholetého nadužívání alkoholu. Řadí se sem například:

Alkoholická paranoidní psychóza – jinak nazývaná i jako „žárlivecký blud,“ se může objevovat při zvýšené konzumaci alkoholu, jejím příznakem je nadměrná žárlivost, která častěji postihuje muže na vrcholu své alkoholické kariéry.

Alkoholové halucinace – sluchové i zrakové halucinace, které se objevují hlavně v noci. Pacient je neklidný, trpí bolestmi hlavy a úzkostí. Lidé nejčastěji v halucinují dvě skupiny lidí, které se hlasitě baví nebo hádají (Bouček, 2006).

Dipsomanie – Periodicky se opakující záchvatové stavy touhy po alkoholu, které mohou trvat i několik dní. Záchvat je provázen pocitem smutku, tělesnou slabostí a neklidem. Po napití dotyčný nemůže s konzumací přestat (Alkoholik.cz, 2003).

Korsakovova alkoholická psychóza – může se objevit po proběhlém deliriu tremens nebo v průběhu závislosti na alkoholu. Jde o zmatenost, smyšlenky a poruchy paměti na poslední zážitky. Z počátku je nálada dobrá až euforická později nastupuje nezájem o okolí, rezignace a uzavřenost (Bouček, 2006).

Delirium tremens – jde o život ohrožující stav, který následuje po vysazení alkoholu, jež dotyčný pravidelně nadužíval po dlouhou dobu. Je provázen pocitem na zvracení, třesem, pocením zrychlenou srdeční činností a nespavostí. Jedinec zažívá nepříjemné halucinace nejčastěji v podobě broučků, které po něm lezou nebo na něho útočí. Stav je nebezpečný tím, že postižený nepřijímá žádné jídlo ani tekutiny a může nastat úplné selhání organismu. Trvá přibližně 2-5 dní a dotyčný může halucinovat myši, kočky, pavouky, šváby apod. Pacienti doktora Nešpora uváděli například i že cestují rychlíkem do Bagdádu, že

jím oknem do místnosti teče ohromné množství malých Leninů nebo že je po bytě pronásleduje vysavač (Nešpor, 2003).

Alkoholická demence – Lze to považovat za konec kariéry člověka trpícího alkoholismem. Příznakem je otupování, ztráta zájmů o okolí, nezáměr o citový život, neschopnost racionálně řešit problémy, nepřizpůsobivost k novému prostředí a poruchy paměti. Alkoholová demence bývá důsledek opakovaných delirií (Smolík, 2002).

Komorbidita – Závislí na alkoholu často trpí řadou psychických obtíží, které mohou odeznít po několika týdnech abstinence. Jestliže psychické problémy přetrvávají, hovoříme o duální diagnóze. K nejčastějším patří deprese, úzkostné poruchy, mentální anorexie nebo sociální fobie. Podle výzkumů trpí psychiatrickou diagnózou 40–60 % žen a 20–40 % mužů závislých na alkoholu (Bouček, 2006).

Depresivní a úzkostné stavy

Depresivní a úzkostné stavy tvoří významnou část psychologických komplikací u závislých. U pacientů se závislostí se deprese a úzkosti objevují dvakrát častěji než u běžné populace, a naopak u pacientů, kteří trpí poruchami nálad, se výrazně zvyšuje riziko vzniku závislosti na návykové látce nebo vzniku návykového chování (například maniodeprese a gamblerství).

Úzkostné stavy jsou rovněž častou komplikací při léčbě nejrůznějších závislostí nebo jsou důvodem jejího vzniku. Mohou je provázet i panické ataky nebo některé fobie jako například agorafobie nebo sociální fobie.

Traumatické a stresové poruchy

Bylo zjištěno, že vztah mezi posttraumatickou poruchou a užíváním návykových látek je rovněž poměrně běžný. Výzkumy uvádějí, že výskyt posttraumatické stresové poruchy u dospívajících, kteří jsou závislí na návykové látce, je až pětikrát vyšší než u jejich vrstevníků, kteří závislí nejsou. Braní drog totiž snižuje posttraumatické syndromy a funguje jako určitý druh sebeléčby. Když se ale látka vysadí, můžou propuknout různé psychopatologické příznaky, které byly užíváním drog skryty. Například depersonalizace, agresivita, vztahovačnost, deprese nebo úzkost. Často se v rámci ošetření závislosti na posttraumatickou poruchu vůbec nepříjde (Kalina, 2015).

Poruchy příjmu potravy

Jestliže se tyto poruchy objevují v souvislosti se závislostí, bývá to nejčastěji závislost na alkoholu nebo na pervitinu. Bývají ale často i důsledkem užívání jiných návykových látek jako heroinu nebo kokainu. Poruchy příjmu potravy nejčastěji provázejí ženy, a to už od útlého věku, kdy pacientky uvádějí, že již v pubertě měly problémy anorektického nebo bulimického rázu. V průběhu závislosti ale ustoupily do pozadí a objevily se posléze, až když se pacientky snažily abstinovat. Tyto klientky/klienti nejčastěji dokola putují mezi programy pro léčbu závislostí a pro léčbu poruch příjmu potravy (Nešpor, 2008).

Poruchy osobnosti

Poruchy osobnosti jsou nejčastější psychickou komorbiditou. Vyskytují se u 40-50 % závislých. Některé cílené studie uvádějí až 90 % výskytu u jedinců, kteří jsou závislí na některé z návykových látek. Běžně se u závislých diagnostikují disociální, narcistické nebo hraniční poruchy osobnosti, které je potřeba zaléčit souběžně se závislostí (Kalina, 2015).

Kazuistika, Petr 31 let

„Vždycky jsem vyprávěl, že svůj život rozděluji na dvě etapy, a sice tu dobu do mých patnácti nebo šestnácti let a tu dobu, co byla potom, do mých třiceti. V době, kdy jsem šel na gympl, jsem zkoušel alkohol a potom hned trávu. Nešlo mi ani tolik o tu euforii, fascinovalo mě to jako prostředek změny vnímání. A pak, aniž bych věděl, do čeho jdu, jsem s kámošem vyzkoušel LSD, a to bylo úplně něco jiného, než jsem čekal, bylo to něco nepředstavitelného. Pamatuji si, že jsem si tehdy říkal, že lidi jsou blbí, že neberou LSD, že by všichni měli, říkal jsem si: „To je paráda, je to levný, nevzniká fyzická závislost, nemusíš si to píchat, jsou to milióntiny gramu! Jediný, co hrozí je, že někdo může zešileť, to je jediný, co se ti může stát...“

Vždycky mi vadilo, že jsem byl na tom tripu třeba jenom čtyři hodiny a vždycky, když jsem se ráno probudil, tak jsem měl úplně vyčištěnou hlavu, úplně jsem zapomněl na to, co bylo ten den předtím. Tehdy jsem si říkal, že bych si hrozně přál, abych byl v tom světě napořád. A to se mi nakonec podařilo, skutečně jsem po jednom hororovém tripu šel spát a ráno jsem se probudil a zjistil, že jsem se z něj nevrátil... A takhle to bylo druhou noc, třetí noc, týden, měsíc, rok a já jsem byl pořád z nějakých třiceti

procent na tripu. A velice brzo mi došlo, že tohle jsem ale vůbec nechtěl. Bylo to jako Pandořina skříňka, kterou jsem otevřel, ono to vyskákalo a já jsem zjistil, že to nejde dát zpátky. To jedno jediné nebezpečí jsem naprosto podcenil a teď jsem najednou viděl, že moje psychika vůbec není tak pevná, jak jsem si myslel. Něco se ve mně jako by urvalo a já jsem nechápal, co se to se mnou stalo. Byl to počátek nějaké nové cesty, nového života, dostal jsem se do jiného, děsivého světa.

Nejdřív jsem se s tím snažil vypořádat sám a myslel jsem, že to samo odezní. Asi od šestnácti do dvaceti jsem byl jakoby ve zlém snu. Těch prvních pět let pro mě byl největší problém v neporozumění sobě a v izolovanosti. Vyčerpávalo mě, že jsem si svým způsobem ‚pokurvil‘ život, bylo to jako kdybych přišel o obě nohy, nebo minimálně o jednu. Měl jsem změněné vnímání svého těla, jako kdybych se díval na nějakého robota, různé polohalucinogenní stavy, aury za věcmi, struktury v texturách, viděl jsem tam ksichty, i když jsem de facto nevěřil tomu, že tam jsou. Vnímál jsem jinak svůj hlas, takové odcizení, depersonalizace, zvláštní barevnost... Prostě totálně změněné vnímání, které ve mně vyvolávalo úzkost, protože jsem nevěděl, co se děje (Fokus, Praha 2015).“

Modely léčby

Obecně se všichni odborníci shodují na tom, že klienti s touto diagnózou mají horší průběh nemoci a těžší zdravotní i sociální následky než klienti s jednou poruchou. Často se objevují komplikace jako:

- a) Snížená možnost klienta se do léčby plně zapojit, mít z ní prospěch a vytrvat v ní.
- b) Léčba je často plná rizikových situací, interpersonálních konfliktů a jiných zvratů, které mohou vést k relapsům nebo k předčasným odchodům ze služeb.
- c) Tyto konflikty a krize se přenášejí i na ostatní členy sanačního programu.
- d) Na personál je kladena velká zátěž. Pracovníci musí být schopni rozpoznat a pracovat s nejrůznějšími typy psychických poruch a současně se závislostmi.

Z těchto důvodů představují klienti s duální diagnózou pro mnohá pracoviště přítěž a práh dostupnosti služeb je ve většině případů příliš vysoký. Roly v tom hraje nepropojenost systémů služeb pro závislé klienty a pro klienty s duševním onemocněním. Výrazná je i nepřipravenost a neochota pracovišť s náročnou klientelou pracovat (Kalina, 2015).

Léčba sukcesivní

Sukcesivní léčba se vyznačuje tím, že se nejprve léčí závislost a následně potom psychické onemocnění nebo obráceně. V závažných případech totiž není možné klienta se závislostí léčit v běžných pracovištích zaměřených na psychické poruchy, jelikož pacientova závislost může překrývat příznaky, zhoršovat průběh nemoci nebo být v rozporu s farmakoterapií. To ale zrcadlově platí i při léčbě závislostí, kdy je možné, že chuť na návykovou látku nebo nutkání k návykovému chování alespoň částečně odezní, pokud bude ošetřena duševní stránka klienta. Sukcesivní léčba bohužel nepočítá s tím, že při somatizaci pouze jednoho problému, bude mít klient problémy s celkovým chodem služby, se zapojením do programu, že bude obtížné ze služby profitovat nebo že snáze dojde k jeho předčasnému odchodu.

Léčba paralelní

V tomto případě se obě ohniska duální diagnózy léčí současně, ale každé v jiném zdravotním nebo sociálním pracovišti. I přesto, že by tento rámec mohl být poměrně úspěšný, problém nastává v komunikaci a ve spolupráci mezi oběma institucemi. Často se stává, že si o klientovi nepředají podstatné informace, nebo že každá nabádá klienta k jiným řešením problémové situace. Východisko se nyní hledá v case managementu, ve vytvoření pozic klíčových pracovníků nebo ve vytvoření lepší komunikační sítě mezi oběma pracovišti (Nešpor, 2003).

Léčba integrovaná

Tento druh léčby probíhá v jednom zařízení s jedním terapeutickým týmem. Pro klienty je tato léčba prokazatelně nejpříjemnější, a i většina autorů, kteří se zabývají touto problematikou, upřednostňují integrovaný model péče. Prováděná léčba by měla být nejekonomičtější, a hlavně nejúčinnější formou. V zařízení, kde terapie probíhá tímto způsobem, se klienti cítí lépe, mají s týmem pracovníků pevnější vazby a nejsou „děleni na dvě části,“ což je pro ně často velmi matoucí, protože sami dost dobře necítí rozhraní mezi problémem se závislostí a svým duševním onemocněním. Jako optimální prostředí pro péči o komplikované diagnózy se se jeví model terapeutické komunity (Dual diagnosis, 2016).

Tým by měl pro klienta vytvořit bezpečnou terapeutickou alianci, která bude podporovat jeho motivaci a vytvoření vzhledu do jeho obtíží, které jsou v těsném vztahu. Měl by být schopen pomáhat klientovi

rozvinout schopnost vyrovnávat se s mnohonásobnými problémy a zvládat je. Rovněž by měl tým podpořit klienta v rozvoji dovedností a rozšířit pojem „prevence relapsu“ a „relaps“ na různá selhání jak v oblasti závislosti, tak v oblasti psychických obtíží.

V terapeutické komunitě, která se hlásí k integrované strategii údravy je potřeba, jednat s klientem tak, aby byl schopen hovořit o bolestných tématech i ve skupinovém procesu, ale hledat a také respektovat klientovi hranice, vyplývající z jeho anamnézy. Ovšem je důležité se vyhnout výjimečným přístupům a změkčování pravidel pro kombinovaného pacienty, což by pro ně mohlo znamenat zatěžující, nepříjemnou až nebezpečnou pozici ve skupině mezi ostatními. Nutná je taktéž vyšší míra individuálního přístupu (Kalina,2015).

V integrovaném zařízení se za podstatné pokládá týmová odbornost. V týmu by neměl chybět sociální pracovník, adiktolog, psychiatr nebo alespoň psychiatrická sestra a nově podle reformy psychiatrické péče také peer konzultant (Dual diagnosis,2016).

Příklady konkrétních technik práce s klienty

Alternativní techniky snižující stres

Podle odborníku z mezinárodního centra pro alternativní medicínu se ukázalo, že užívání některých relaxačních technik je účinné na odbourání deprese, úzkosti nebo stresu a tím i na oddálení nebo zahnání pocitu bažení po návykové látce. Například dechová cvičení, self-hypnóza nebo progresivní relaxace jsou v zahraničí často užívanými technikami v práci s duálními klienty. Taková cvičení jsou pro všechny bezpečná, jen by měly být vedeny cvičenými instruktory.

Kognitivně behaviorální terapie pro klienty s duální diagnózou

Kognitivně behaviorální terapie je psychoterapeutický program, který dobře funguje jak na duševní onemocnění, tak na léčbu zneužívání drog a závislosti. V terapii se pracuje s přesvědčením, že příčinou škodlivých jevů je nevhodné chování a myšlení, které je naučené a udržované vnějšími i vnitřními

faktory. Cílem terapie je, aby se klient tyto způsoby uvažování odnaučil a aby je změnil. K výhodám programu pro duální diagnózy patří například:

1. Pacientova aktivní role v určování vlastních cílů
2. Předem přesně stanovený harmonogram a počet návštěv
3. KBT klade důraz na vzdělávání, jak dosáhnout vlastních cílů, což vede k dlouhodobým výsledkům
4. Klienti se učí klást si otázky o svém vlastním životě. (Například klient s OCD si může klást otázku, zda neprovedení rituálu by skutečně mohlo mít vliv na bezpečí jeho rodiny apod.) (Dualdiagnosis,2016).

Sociální dopady duální diagnózy a práce s rodinou

Užívání návykových látek v kombinaci s duševním onemocněním je devastující a zatěžující situace pro celou rodinu a okolí uživatele. Jedinec začne být neschopný plnit své rodičovské nebo jiné sociální a materiální role. Může se stát, že ztratí pracovní výkonnost, následně každodenní pracovní návyk, a nakonec třeba i zaměstnání a sociálních vztahy s tím spojené.

Potom je ve společnosti odmítán a kritizován. Často hrozí sociální stigma, izolace a delikventní nebo až kriminální chování. (Fisher, Škoda, 2009). Rodina strádá a nastávají problémy v oblasti financí a v partnerských i celo-rodinných vztazích. Hrozí rozpad rodiny a s tím i větší riziko ještě hlubšího propadu do psychického onemocnění a častější užívání návykových látek.

Velká většina duálně diagnostikovaných klientů nevychází se svou rodinou. Často bývají svými příbuznými úplně zavrhnuti a přestanou vzájemně komunikovat. Nepřejí si k narozeninám, k svátkům, pokládají si telefony a neotevřené dopisy se vrací odesílatelům zpět.

Podle Katie Evans potřebuje uzdravení nejen klient ale především jeho rodina a blízké okolí, které klientův život a průběh nemoci silně ovlivňuje (Evans, Sullivan, 1990). Jestliže jsou v rodině problémy, neznamená to, že jde o špatnou rodinu. Jen je potřeba promluvit si o nemoci o jejích důsledcích, dozvědět se, jak se členové rodiny mají k nemocnému chovat a zjistit, jak mohou pomoci při jeho uzdravování (Kalina, 2001). Existuje několik způsobů, jak s rodinou klienta pracovat.

Edukace

Rodina nemocného by se měla vzdělávat v problematice závislostí a psychiatrických onemocnění. Měla by se dozvědět něco o průběhu, příznacích a možných následcích těchto poruch. Taková edukace má mít rovněž vliv na uvědomění si podstaty rodinného zázemí v těžkých životních situacích klienta a má mít dopad na posílení motivace ke změně rodinného chodu a k zlepšení vztahů mezi zdravými i nemocnými členy.

Podpůrné a svépomocné skupiny

Velmi užitečnou se jeví práce s klientovou rodinou ve svépomocné skupině, kde může rodina nabít sílu, naději a pozitivní energii od ostatních členů skupiny, kteří se nachází v podobné situaci. Ve skupině je možné získat mnoho dobrých rad a zkušeností, návodů, jak zvládat drobné problémy ale i jak se překlenout přes těžší životní situace. Skupina dodává rodinným příslušníkům pocit, že nejsou v takové situaci samy, že existuje možnost údravy, a že by měli milovat svoje bližní i přes jejich zdravotní, duševní a návykové potíže (Evans, Sullivan, 1990).

Tréning komunikace

Cílem této oblasti podpory, je těžit z praktického tréningu v oblasti komunikace mezi rodinnými členy. Příbuzní se mohou naučit hovořit s nemocným asertivně, podpůrně nebo jak komunikovat při řešení krizí a problémů. Pozornost je v tomto výcviku upřena na konkrétní situace, které se můžou v budoucnu přihodit, na to aby je jedinec zvládl a přibližně věděl, jak se zachovat. Je to rovněž cesta k rozvoji pozitivní energie a příznivější atmosféry v rodině klienta i v jejím blízkém okolí. Rodina má možnost tímto nácvikem zpevnit vazby, což může vést k pocitu bezpečnějšího rodinného prostředí.

Krizový plán

Výhodné pro rodiny bývá vytvořit si krizový plán, kde mají jasné dané postupy co dělat, když nastane nějaká konkrétní krizová situace. Například když klient přestane brát léky, je agresivní, přestane komunikovat, má sebevražedné tendence nebo když dojde k relapsu závislosti či duševního onemocnění. Krizový plán má podobu psaných pravidel a velmi často je dobrým pomocníkem, jak si udržet racionální myšlení a chování ve vyhocených životních okamžicích (Evans, Sullivan, 1990).

PRAKTICKÁ ČÁST

Výzkumné otázky

Pro svou práci jsem si zvolila devět výzkumných otázek, které bych výzkumem chtěla zodpovědět. Rozdělila jsem je na hlavní a vedlejší výzkumné otázky.

Hlavní výzkumné otázky

1. Jsou klienti spokojeni s mírou zájmu služby o jejich druhou diagnózu, která pro službu není primárně cílová? Jestliže ne, čeho by v této oblasti potřebovali od služby více?
2. Vadí klientům, že musí kvůli jedné ze svých diagnóz navštěvovat i jiná zařízení?
3. Mají klienti, kteří trpí duševním onemocněním a závislostí problémy s přijetím do služby, která je zaměřená pouze na jednu z těchto dvou problematik?
4. Je navštěvování obou služeb (jak služby pro léčbu závislosti, tak pro duševně nemocné) pro klienty snadné i finančně dostupné nebo naopak?
5. Co nejlepšího vám organizace poskytuje?

Vedlejší výzkumné otázky

6. Jaké diagnózy jsou nejčastěji propojeny s různými druhy závislostí?
7. Jaký je průměrný věk uživatelů služeb?

Metody výzkumu a postup práce

Jednalo se o kvantitativní výzkum, provedený prostřednictvím dotazníkového formuláře. Své výzkumné otázky jsem se snažila zaměřit přímo na klienty, kteří využívají psychosociálně rehabilitační služby, nebo se léčí s některou ze závislosti a trpí duální diagnózou.

Otázky jsem sestavovala tak, aby byly pro uživatele těchto služeb srozumitelné, aby jich nebylo mnoho a aby posloužily k získání jasného výsledku. Dotazník se skládá z jedenácti otázek, z toho je šest otázek uzavřených, tři polouzavřené a dvě otevřené.

Dotazník otevírají otázky ohledně pohlaví a věku, následně se věnuji získávání informací o druhu duální diagnózy klienta, zajímá mě, jak dlouho ve službách setrvává a následně se zaměřuji na otázky vypovídající o kvalitě a dostupnosti služeb.

Dotazníkový formulář jsem zhotovila ve dvou verzích. Jednu verzi pro klienty, kteří využívají služby v organizacích, které se soustředí na duševně nemocné a druhou pro osoby ze služeb pro závislé. Oba dotazníky se liší jen nepatrně, a to v bodech, kdy je dotazovaný tážán na míru spokojenosti v té oblasti, na kterou není daná organizace zaměřena. To znamená, že v organizaci, která se zabývá prací se závislými, budu rozdávat dotazníky s otázkami ohledně spokojenosti v oblasti práce s jejich duševním onemocněním a naopak.

Rozhodla jsem se před začátkem samotného výzkumu rovněž provést malou pilotní studii v Mělnické organizaci Fokus, která cílí svou pomoc na sociální rehabilitaci osob s duševním onemocněním. V organizaci se mi podařilo sehnat sedm respondentů s duální diagnózou a dotazník s nimi vyplnit. Díky pilotní studii jsem nechala poslední jedenáctou otázku jako dobrovolnou, jelikož se klientům nechtělo nic vymýšlet a dotazník jim připadal už dlouhý. Jinak tato zkušební studie prokázala, že klienti potřebují více času, než jsem předpokládala, ale často i pomoc dotazník vyplnit. Téměř každou organizaci jsem musela navštívit minimálně dvakrát, abych zjistila, jak to v jejich službách chodí, kolik klientů s duální diagnózou mají, nebo kdy je zastihnu. Následně poté jsem buď hned nechala vyplnit nějaké dotazníky, a potom jsem dojela znovu pro další, nebo jsem se domluvila na sběr dat až při dalších schůzkách.

Vždy před samotným vyplňováním dotazníkových formulářů, jsem respondenty poučila o anonymitě, vysvětlila jsem jim, k čemu dotazníky využiji, stručně jsem jim popsala cíl mé práce, poučila jsem je o způsobu vyplňování a nabídla jsem jim možnost kdykoli se mě na něco zeptat nebo mě požádat o pomoc s vyplněním.

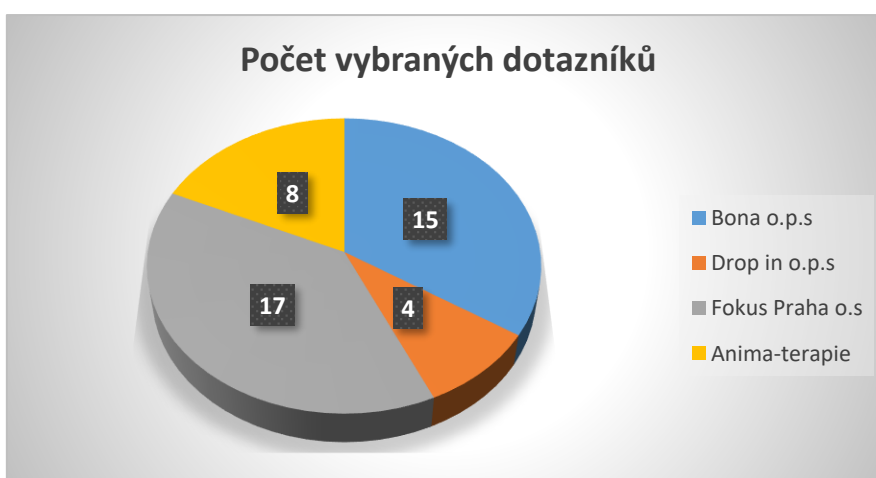
Před začátkem výzkumu jsem nakoupila 50 horalek a tři krabičky cigaret, jako pozornost každému respondentovi za vyplnění dotazníku.

Použitý výběrový soubor

Ke svému výzkumu jsem kontaktovala pražská zařízení, která se nějakým způsobem zabývají klienty po akutní fázi duševního onemocnění, nebo která pracují s osobami se závislostí. Mezi ně patří například Drop in, Sananim, Eset-help, Fokus, A.N.O nebo Bona o.p.s a další.

Byla jsem překvapena neochotou některých zařízení se mnou jako se studentkou komunikovat. Emaily, které jsem psala, označili jako nepřečtené, neozvali se. Odepsali, že nemají dostatek kapacit k provádění výzkumů, že mají v organizaci již výzkumníků mnoho, že jim připadají výzkumy vzhledem ke klientům neetické, nebo že vůbec nemají představu o tom, kteří z jejich klientů trpí takovou diagnózou.

Nakonec se podařilo provést výzkum ve čtyřech organizacích. V zařízeních Fokus Praha, Bona o.p.s., Anima – terapie a konečně z části i v centru Drop in o.p.s.



Fokus Praha o. s.

Fokus je nestátní nezisková organizace, která pracuje s lidmi s dlouhodobým duševním onemocněním, kterým zajišťuje sociální rehabilitaci v oblasti zaměstnání, bydlení a volného času.

V organizaci funguje komunitní tým, který aktivně a asertivně vyhledává klienty v terénu a kontaktuje osoby propuštěné z psychiatrických léčeben. Informuje je o službách, které Fokus nabízí a poskytuje jim první podporu a základní poradenství.

V zázemí této organizace je rovněž sociálně terapeutická dílna, (kde klienti získávají nebo obnovují své pracovní návyky), sociálně aktivizační dílna (kde klienti tráví volný čas) a centrum zaměstnávání (kde se je klientům poskytováno poradenství a nabízena pomoc v aktivním vyhledávání práce).

Součástí tohoto Fokusu je rovněž chráněné bydlení, ve kterém klienti mohou setrvat až dva roky a ve kterém se učí běžným povinnostem spojeným s domácností a bydlením. To znamená praní, žehlení, úklid, vaření nebo nakupování.



Fokusem projde ročně přibližně tisíc klientů. Z toho je u více než třetiny diagnostikována duální diagnóza. S klienty s duální diagnózou Fokus pracuje, ale sama závislost bývá v průběhu služeb vnímána jako problematická. Sociální pracovníci jsou sice schopni poskytnout krizovou intervenci nebo motivační rozhovor, ale necítí se při řešení závislostí odborníky a pro jistotu předávají závislé klienty na AT oddělení nebo jim doporučí zapsat se do komunity zaměřené na léčbu závislostí. V některých službách mohou setrvat jen pod příslibem abstinence. To platí především v chráněném bydlení, kde musí být zaručena úplná abstinence alespoň po dobu jednoho roku. V průběhu využívání služby jsou klientům prováděny testy na přítomnost návykové látky v těle.

Průběh výzkumu v organizaci Fokus o. s.

Jelikož je Fokus mým bývalým pracovištěm, byl můj výzkum příležitostí, jak spojit příjemné s užitečným. Ráda jsem viděla bývalé kolegy i některé známé tváře klientů, které jsem znala z Mělníka. Po pilotní studii, kterou jsem prováděla právě v Mělnickém Fokusu, jsem již byla ohledně průběhu trochu klidnější, ale i tak mi pomohlo, že první výzkum, který byl, „na ostro“ jsem dělala ve známějším prostředí.

Fokus Praha má klientů s duální diagnosou poměrně mnoho. Jednalo se o klienty různého věku i pohlaví, takže jsem byla ráda, že vzorek respondentů je pestrý. Sešli jsme se ve vzdělávacím centru, kde byl klid i prostor na vysvětlení všeho důležitého.

V průběhu vyplňování padlo od klientů několik dotazů a několika z nich jsem musela individuálně pomoci dotazník vyplnit.

Do organizace jsem dorazila dvakrát. Při první návštěvě se mi podařilo získat data od jedenácti klientů, při druhé návštěvě od osmi. Dohromady tedy sedmnáct Dotazníků z Fokusu Praha.

Anima terapie o. s.

Anima terapie, dále jen Anima, je občanské sdružení, které poskytuje ambulantní služby pro závislé klienty. Každému, kdo přijde do této organizace, je poskytnuto základní poradenství a podpora. Během prvního setkání jsou klientům vysvětleny nabídky a možnosti organizace a je jim představena paleta nabízených služeb. S každým z nich se potom individuálně dojedná typ, rozsah a forma spolupráce. Anima je certifikovaná protidrogová služba, která je specifická svou prací nejen se závislými, ale i s jejich rodinami a s dětmi závislých rodičů. Poskytují individuální, skupinové i rodinné terapie a sociální i pracovní poradenství. Organizace rovněž nabízí programy D-klan a K2. D-klan je projekt pro děti závislých rodičů ve věku 7-14 let. Je pro ně připraven bohatý program od klasických setkání v klubovně přes přespávání v lese, pečení buřtů, výlety až po letní tábory a ježdění na hory.

K-dvojka, jak všichni v organizaci říkají, je skupina starších dětí ve věku od 15ti do 21ti let. Mladistvým je rovněž připravován bohatý program ve formě nejrůznějších soutěží, dobrodružných her a stejně tak je připravena i možnost individuální a skupinové terapie.



Tato organizace se s duálními klienty potýká poměrně často. Bývají to lidé s duševním onemocněním a se závislostí, které jsou do terapie posílané ze služeb pro lidi s duševním onemocněním, kde klienti se závislostí nejsou akceptováni. „*Tito klienti skutečně přicházejí. My to třeba poznáme až po čase a nejsme schopni jim poskytnout plnou péči pro jejich onemocnění. Proto velmi často, ze služby odejdou, a pak už o nich nevíme,*“ řekl zaměstnanec Animy. Kolik duálních klientů mají měsíčně nebo ročně, nebyl schopný odhadnout: „*Momentálně vím tak o devíti nebo o deseti možných.*“

Průběh výzkumu v organizaci Anima-terapie o. s.

S touto organizací jsem nikdy předtím neměla co do činění. Když jsem ale napsala email s žádostí o možnost provést výzkum, dohodnout schůzku nebyl problém. Po uvítání a rozhovoru se zaměstnancem organizace jsem měla příležitost osobně se setkat i s osmi klienty.

Organizace nám umožnila setkat se v klidné a pohodlné terapeutické místnosti. V příjemné atmosféře jsem jim vysvětlila, proč jsem přišla, co zkoumám, na co dotazník použiji, a ujistila jsem je, že je vše zcela anonymní. Dotazníkové formuláře jsem rozdala a čekala na případné dotazy. Vyplnění dotazníků probíhalo hladce, po jejich obdržení jsem na místě ještě zůstala a asi půl hodiny jsem měla možnost s klienty si promluvit. Byli potěšení, že jim naslouchám. Ráda jsem je vyslechla, rozloučila se s nimi i s personálem a odjela domů.

Bona o.p.s.

Bona je obecně prospěšná společnost, jejíž cílovou skupinou jsou dospělí duševně nemocní lidé, kteří se díky své nemoci dostali na okraj společnosti. Posláním organizace je navrátit tyto klienty zpět do běžného života a začlenit je do společenského chodu.

Bona nabízí služby chráněného bydlení, které fungují podobně jako u organizace Fokus. Jde o skupinové bydlení, kde jsou klientům vždy nablízku sociální pracovníci, kteří jim pomáhají při zvládání běžných úkonů v oblasti zabezpečení stravy, nakupování a domácnosti. Tato

organizace rovněž poskytuje následnou péči, a to pomoc a podporu v samostatném bydlení přímo u klientů v jejich vlastních bytech. Pomáhá vyřídit poštovní záležitosti, doklady, poradí s péčí o dům nebo o zahradu apod. Organizace také nabízí

sociální rehabilitaci v podobě sklářské a textilní dílny a dílny technických služeb. Snaží se tím tak nastavit nebo obnovit v klientech pracovní návyky, aktivizovat je a pomoci jim udržovat kontakt se společenským prostředím.



Ve sklářské dílně je poměrně hodně práce a ukazuje se, že láká jak muže, tak ženy. Klienti se zde učí, jak se sklem pracovat, jak ho malovat a zdobit. Nejprve pracují jen cvičně, a pokud jim to jde a mají zájem, mohou podepsat pracovní smlouvu na 3 nebo 4 hodiny denně v pracovním poměru.

V textilní dílně pracují pouze ženy, ale prý začal docházet i jeden muž. Všechny vypadaly nadšeně a odhodlaně k práci. V textilce, jak říkají, vyšívají, šijí, háčkují i pletou, vyrábějí brože, přívěšky na klíče nebo magnetky, ale také na zakázku opravují oděvy.

V dílně technických služeb naopak mnoho žen nenajdeme. Je to těžší práce vhodná spíše pro muže, týkající se údržby chodníků, zeleně a úklidu obytných prostor. Po zaučení je možné podepsat smlouvu na poloviční pracovní úvazek.

Dále organizace Bona nabízí pro duševně nemocné pacienty a jejich rodiny poradnu, která je otevřena každé úterý a terapeutickou skupinu pro blízké osoby klientů, do které je možné se průběžně hlásit.

V Boně se s duálními klienty setkávají často. Když mě vedoucí stážistů po organizaci prováděl, tvrdil, že se snaží závislé pacienty hned nevyhazovat: „*V chráněném bydlení mají drogy úplně zakázané, ale jinak se snažíme se závislými pracovat a hned neukončovat spolupráci. Bohužel právě v chráněných bytech to bývá nejčastější nešvar, který pokutujeme třemi důtkami a pak klienta ze služby vyloučíme.*“

Pokud se klientům stane, že začnou mít problém s drogami nebo cítí riziko relapsu, můžou kdykoli přijít za jedním z terapeutů nebo za klíčovým pracovníkem, který jim pomůže problém řešit, bez strachu, že by byli ze služby vykázáni. „*Ale i tak řešení problému závislosti potom necháváme raději na jiném odborném pracovišti,*“ dodal.

Průběh výzkumu v organizaci Bona o. p. s.

Organizaci Bona jsem již jednou navštívila, a to v rámci stáže, kterou zařizoval Fokus o. s. Bylo to ale už před delší dobou, a proto jsem se rozhodla, kontaktovat organizaci ohledně stáže znovu.

Při první návštěvě jsem si prohlédla prostory organizace, komunitní chráněné bydlení i nově vybudovaný prostor „krámek Bedna“ a všechny jejich technické dílny.

Jelikož jsem dorazila zrovna v den, kdy byla většina klientů na výletě, potkala jsem jen pár z nich, kteří byli vhodnými respondenty pro můj výzkum. Byla to část klientů ze samostatného bydlení, kteří byli ochotní vyplnit pět dotazníků.

S vedoucím stáže jsem se dohodla na dalším termínu, na který byla naplánovaná i přednáška o Indonésii. Na tu se údajně všichni těšili a bylo pravděpodobné, že hodně lidí dorazí. Po přednášce se mi podařilo sehnat jedenáct respondentů. Ostatní se rozutekli, zřejmě o výzkum neměli zájem. Sběr dat v obou případech probíhal bez problému, až tedy na to, že někteří klienti na mě po přednášce nepočkali, jak bylo domluveno a jeden z dotazovaných nebyl zrovna v dobrém stavu, při vyplňování dotazníku neustále vulgárně nadával, tak jsem mu nabídla, že dotazník vyplňovat nemusí. Tím jsem přišla o jednoho z tázaných, takže jsem dohromady v této organizaci posbírala patnáct dotazníků.

Drop in o.p.s.

Středisko Drop in je centrem terciální drogové prevence, jehož cílem je předcházet dalším škodlivým důsledkům, které plynou z užívání návykových látek. Jedná se například o prevenci vzniku různých onemocnění jako je HIV nebo žloutenka typu B i C nebo poskytování nástrojů, které lépe rozpustí látku a sníží tak riziko vniknutí vyššího množství látky do krve, nebo i riziko embolie.

V nízkoprahovém centru poskytují sociální pracovníci a zdravotní sestry první pomoc při ošetření po-vpichových ran a abscesů. Vyměňují jehly, dávají, lžičky, desinfekci, čistou vodu nebo filtry, vše potřebné pro bezpečnou aplikaci drogy. Organizace poskytuje rovněž kondomy pro bezpečný sex.

Pro klienty je možnost si za drobný poplatek koupit polévku nebo čaj a je pro ně připravena místnost, kde si mohou látku v klidu aplikovat a potkávat se tam se svými známými, dalšími uživateli. Drop in pracuje také v terénním programu. Terénní pracovníci nabízejí psychickou i fyzickou pomoc a podporu. Na místě ošetřují rány, vyměňují jehly, rozdávají prezervativy a těhotenské testy, poskytují odborné poradenství, informují o možnostech léčení závislosti, o dalších sociálních službách, pomáhají s vyřizováním dokladů a dávek.



Centrum rodinné péče, které zaštiťuje tato organizace, je místem, kde mohou hledat pomoc závislé těhotné ženy, závislé matky, nebo rodina a blízcí lidé závislého člověka. Centrum rodinné péče nabízí poradenství, individuální nebo rodinnou terapii i psychosociální služby.

Centrum následné péče se stará o bývalé uživatele drog a o osoby, které měly dlouholeté potíže s návykovým chováním. Podporuje jejich motivaci ke změně dosavadního života, poskytuje individuální i skupinovou terapii a utvrzuje klienty v jejich sebevědomí a sebedůvěře, že mají skutečně šanci vydržet abstinovat.

„Je těžké říct kolik z našich klientů je duálních, jelikož ve fázi akutní intoxikace nebo na dojezdu se každý cítí jakoby divně. Pak se jen můžeme dohadovat. Normální tu totiž tím pádem není skoro nikdo,“

usmívá se a vypráví mladá pracovnice, která mě provází po nízkoprahovém centru. „*Pár případů o, kterých víme, že se léčili i na psychiatrii tu ale máme,*“ dodává.

S klienty, kteří mají duální diagnosu, se tedy potkávají pravděpodobně často, ale nikdy to nemůžou s určitostí říct. Pokud mají jasnější podezření, doporučí návštěvu lékaře. Už se prý i párkrát stalo, že do centra volali záchranku, která dotyčné odvezla rovnou do psychiatrické nemocnice.

Více jasnějších případů je prý v centru následné péče, kde jasné psychiatrické příznaky u bývalých závislých přetrvávají i po delší době abstinence. Tam se lehčí formy psychických obtíží snaží řešit individuální nebo skupinovou terapií, při těch těžších projevech posílají klienty přímo na psychiatrii.

Průběh výzkumu v organizaci Drop in

Po první návštěvě organizace Drop in, jsem si domluvila další dvě data návštěv. Jedno do nízkoprahového centra a druhé do centra následné péče.

V nízkoprahovém centru jsem měla potkat klienta L., které údajně všichni říkají „divná“ a jejího přítele. Oba dva prý byli léčeni na psychiatrii, kde se také potkali. Momentálně užívají pervitin a chodí si každé úterý do „nízkoprahu“ vyměňovat jehly.

Na smluvené datum jsem dorazila do prostor centra, kde jsem čekala, zda skutečně oba dorazí. Nakonec přišli a souhlasili i s vyplněním dotazníků. Dotazník jsme vyplňovali společně. Byla to taková skupinová práce, oba dva spolu diskutovali a radili se ohledně odpovědí.

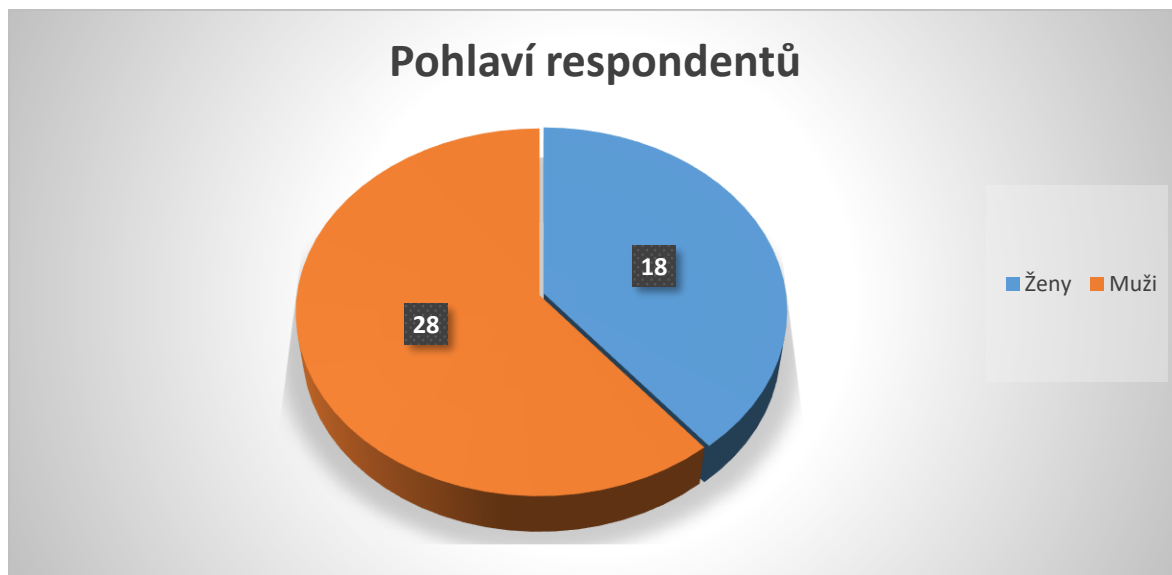
Jediné, co bylo nepříjemné, že jsme formuláře vyplňovali v „čekárně“, což je místnost, kde se všichni ostatní schází a aplikují si drogy. Chvilé velkého hluku střídali chvíle úplného ticha, kdy všichni poslouchali, co si tam vyprávíme. Proto jsem navrhla, že si s dotazníky raději sedneme ven na chodník, což bylo oběma respondenty přijato.

Druhou část výzkumu jsem prováděla v centru následné péče, kam jsem po domluvě dorazila v době, kdy probíhala skupinová terapie. Po příjezdu do organizace jsem čekala, až skupina skončí. Byla jsem domluvená s terapeutem, že mi tam klienty, o nichž se domnívá, že mají duální diagnózu, na okamžik zdrží. Byli čtyři a všichni s vyplněním dotazníku souhlasili.

Výsledky výzkum

1. Otázka

Jsem muž / žena



Dohromady jsem získala 46 vyplněných dotazníkových formulářů. Z toho bylo 61% vyplněno od mužů a 39% od žen.

2. Otázka

Je mi let

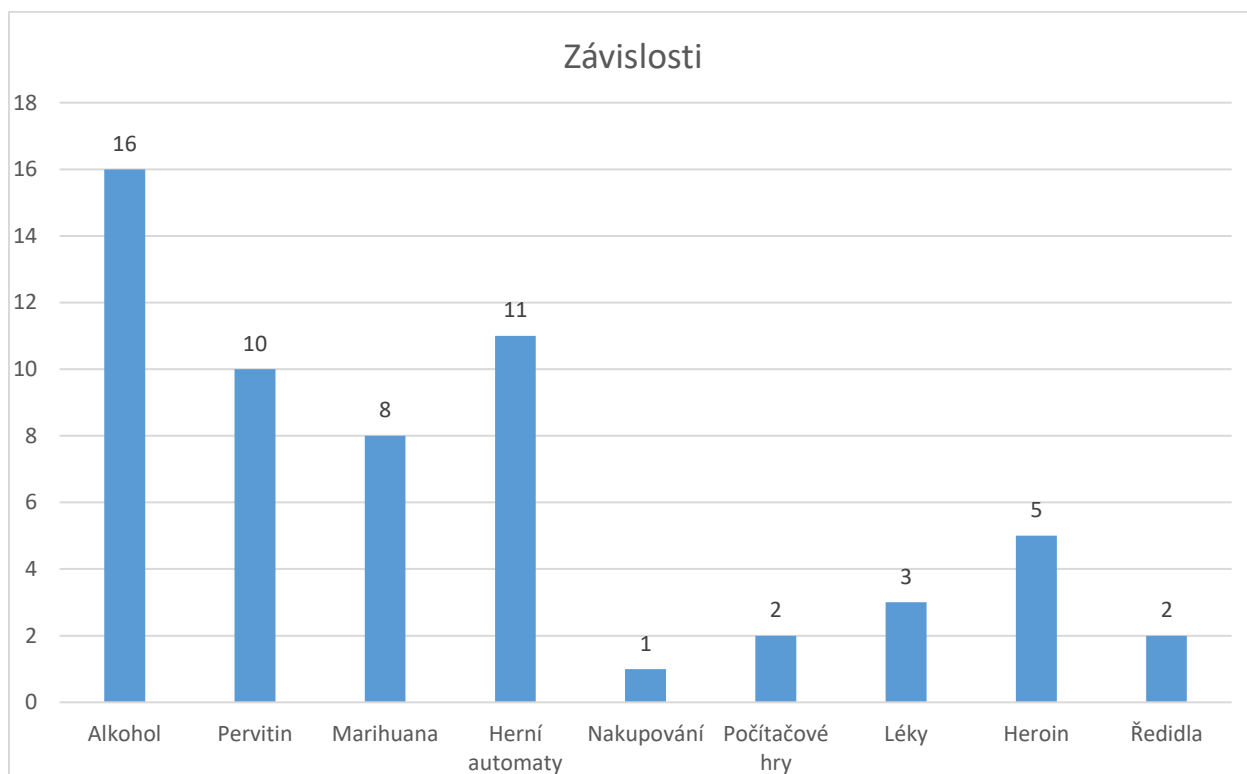


Klienti, kteří odpovídali na mé otázky, byli lidé nejrozumnějšího věku. Nejmladšímu bylo 21 let a nejstaršímu 60. Průměrné stáří respondentů bylo 37 let. Průměrný věk mužů a žen se lišil jen nepatrně

3. Otázka

Mám, měl/a jsem problémy se závislostí na:

- a) alkoholu,
- b) pervitinu,
- c) marihuaně,
- d) výherních automatech,
- e) jiné návykové látky. Jaké.....
- f) S jiným návykovým chováním. S jakým:.....

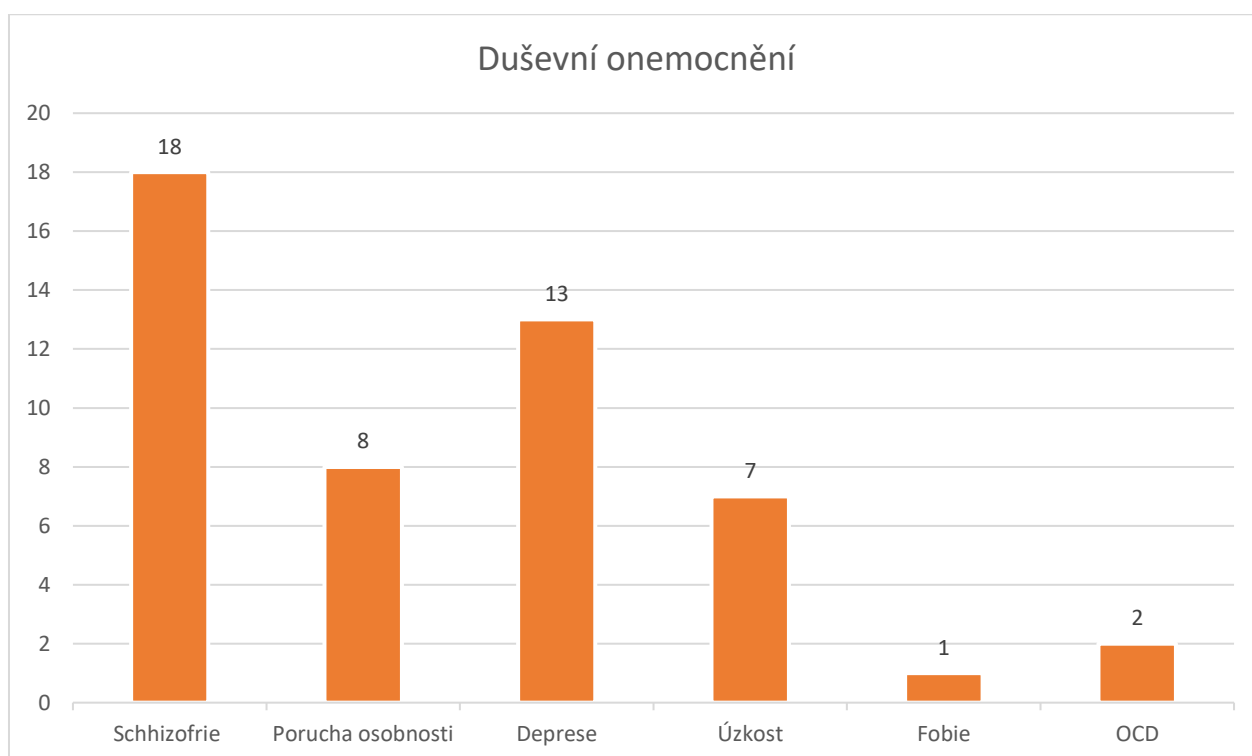


Tato otázka byla polo-uzavřená. Klienti mohli označit jednu nebo více odpovědí a současně i dopsat návykovou látku nebo návykové chování, které nebylo v připravené nabídce odpovědí. Velmi pěkně se ukázalo, jak věk respondentů korespondoval s druhy závislostí. Tomu se ale budu věnovat později.

4. Otázka

Mám, měl/a jsem problémy s tímto duševním onemocněním

- a) *schizofrenie,*
- b) *porucha osobnosti,*
- c) *deprese,*
- d) *úzkost.*
- e) *S jiným onemocněním. S jakým:*

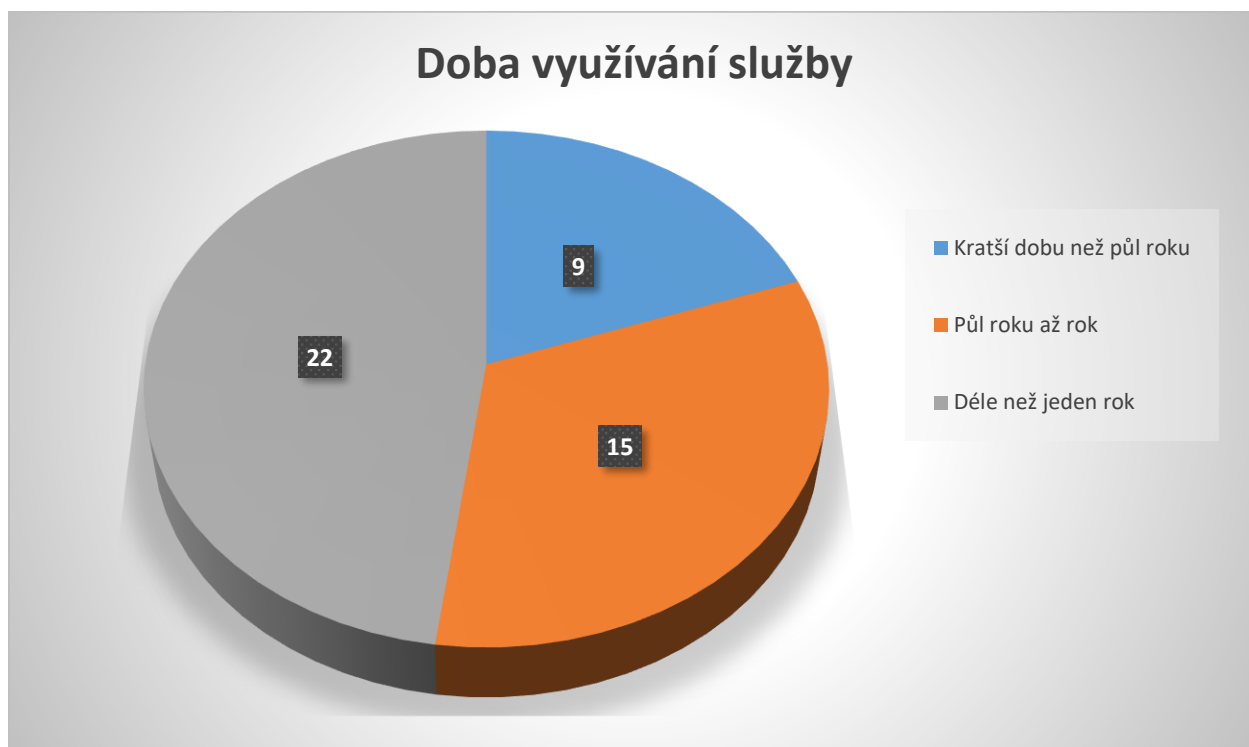


V této otázce byla rovněž možnost dopsat i další onemocnění, které nebylo v nabídce odpovědí a respondent mohl označit i více možností.

5. Otázka

Služby organizace využívám:

- a) kratší dobu než půl roku,*
- b) půl roku až rok,*
- c) déle než jeden rok.*

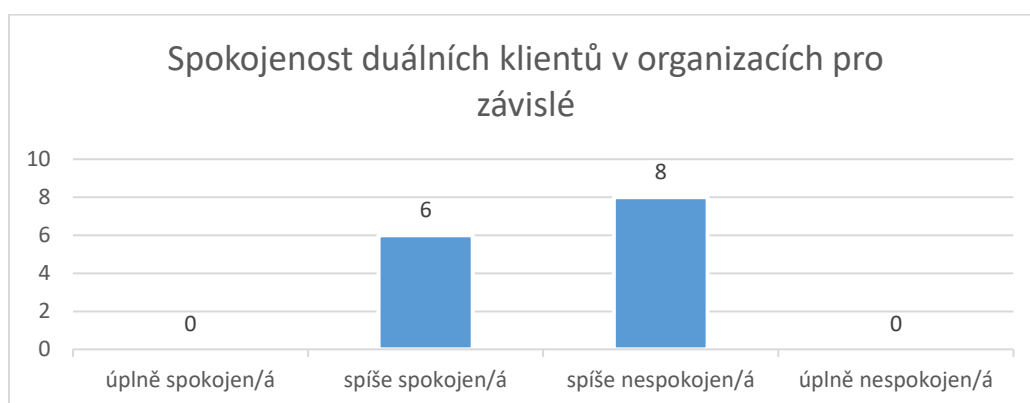


Nejpočetnější skupina respondentů odpověděla, že služby organizace využívá déle než jeden rok. Jednalo se především o osoby vyššího věku.

6. Otázka

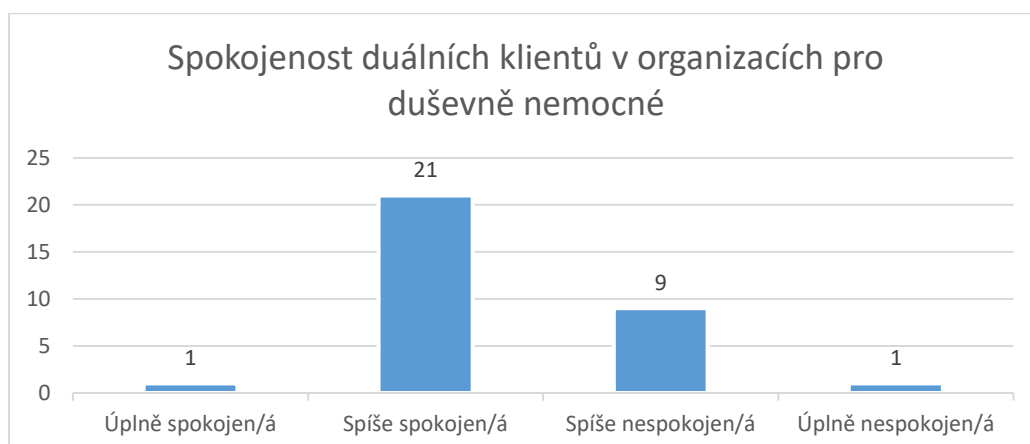
S podporou pracovníků organizace při řešení mých obtíží ohledně duševního onemocnění jsem:

- a) úplně spokojen/á,
- b) spíše spokojen/á,
- c) spíše nespokojen/á,
- d) úplně nespokojen/á.



S podporou pracovníků organizace při řešení mých obtíží ohledně závislosti jsem:

- a) úplně spokojen/á,
- b) spíše spokojen/á,
- c) spíše nespokojen/á,
- d) úplně nespokojen/á.



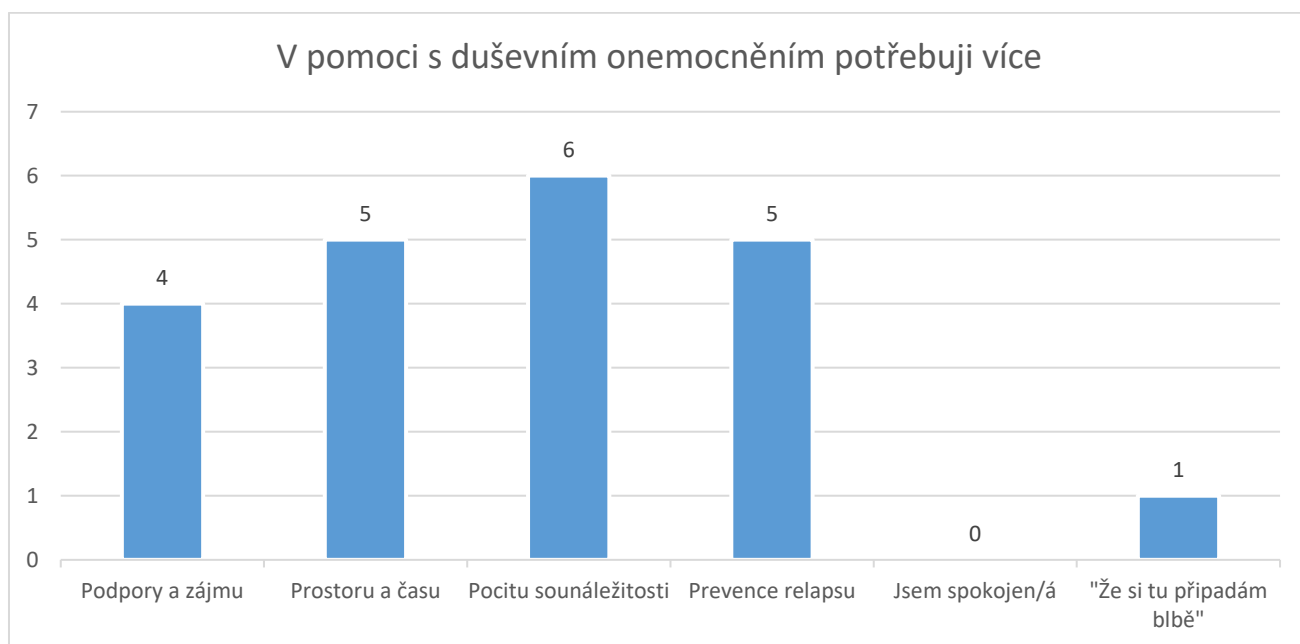
Obecně nižší spokojenost klientů se ukázala v organizacích pro závislé. Musíme ale vzít v úvahu nepoměr v počtu respondentů.

7. Otázka

(Kladena v organizaci zaměřené na závislé klienty)

V pomoci s duševním onemocněním bych si v této organizaci přál/a více:

- a) podpory a zájmu,
- b) prostoru a času o duševním onemocněním mluvit,
- c) pocitu, že do této komunity i přes své onemocnění patřím,
- d) pomoci s prevencí relapsu onemocnění,
- e) něčeho jiného. Čeho:
- f) V pomoci s duševním onemocněním jsem v této organizaci spokojen/á.

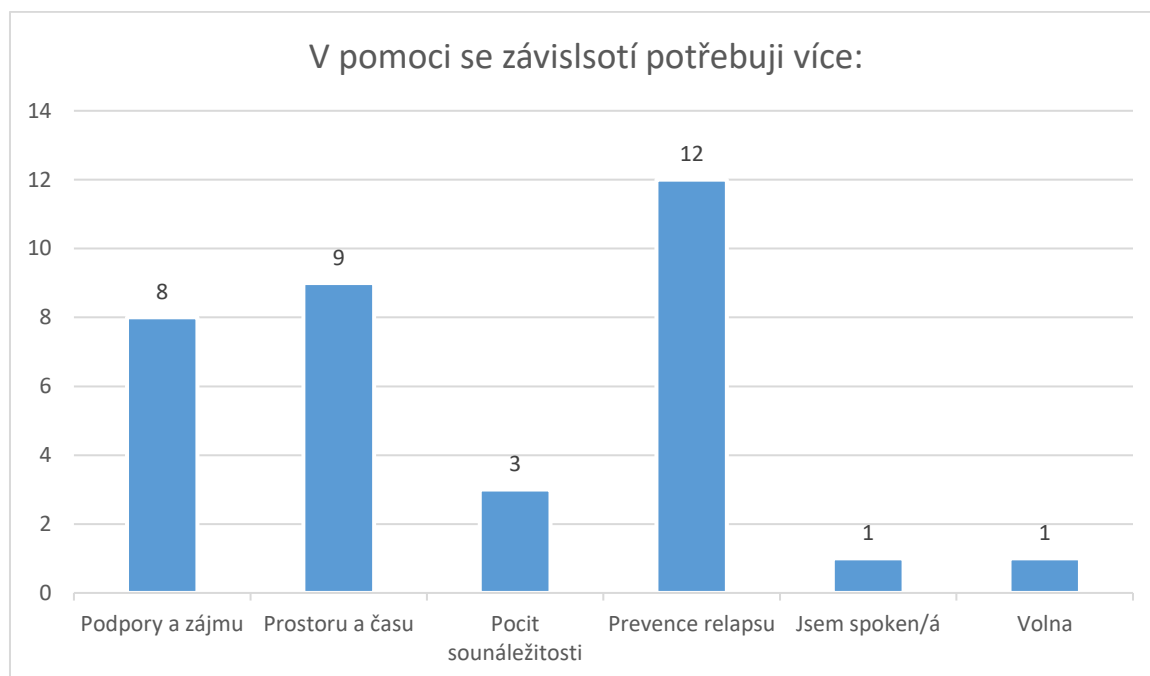


7. b

(Kladena v organizaci zaměřené na duševně nemocné klienty)

V pomoci se závislostí bych si v této organizaci přál/a více:

- a) podpory a zájmu,
- b) prostoru a času o závislosti mluvit,
- c) pocitu, že do této komunity i přes svou závislost patřím,
- d) pomoci s prevencí návratu závislosti,
- e) něčeho jiného. Čeho:
- f) V pomoci se závislostí jsem v této organizaci spokojen/á.



Bylo možné zaškrtnout více možností a dopsat i svou vlastní.

Z výsledků této otázky je dobře patrné, že duševně nemocní klienti v organizacích zaměřených na závislé, se mezi ostatními necítí asi úplně dobře. V organizacích pro duševně nemocné si klienti zase stěžují na nízkou ochranu proti relapsu jejich závislosti. V obou typech organizací je od klientů projevem zájem o větší podporu a prostor na řešení klientova problému, který je pro organizaci sekundárním.

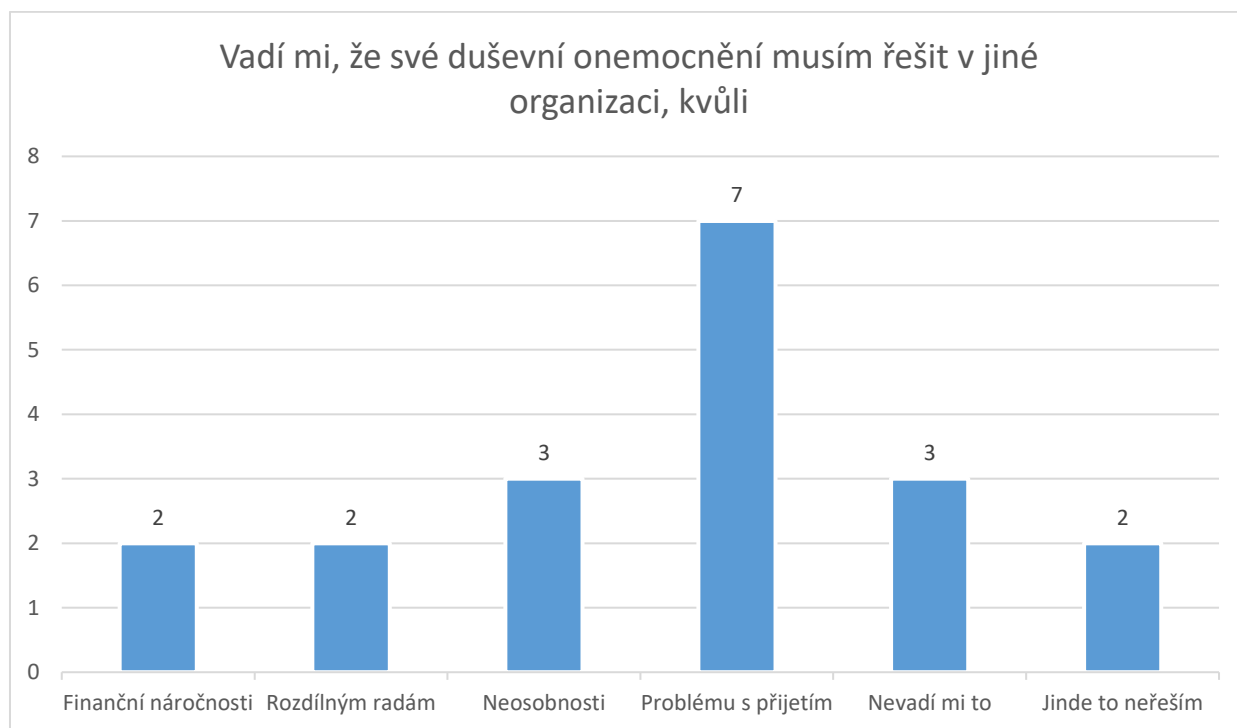
8. Otázka

(Kladena v organizaci zaměřené na závislé klienty)

Vadí mi, že své duševní onemocnění musím řešit v jiné organizaci protože:

- a) je to kvůli dojíždění finančně náročnější,*
- b) mi v každé organizaci radí něco jiného,*
- c) bych rád/a své problémy řešil/a v menším okruhu lidí,*
- d) jsem měl/a problém s přijetím do organizace pro duševně nemocné, kvůli závislosti,*
- e) nevadí mi, že musím řešit problém s duševním onemocněním v jiné organizaci,*
- f) nikde jinde duševní onemocnění neřeším.*

Bylo možné zaškrtnout i více možností.



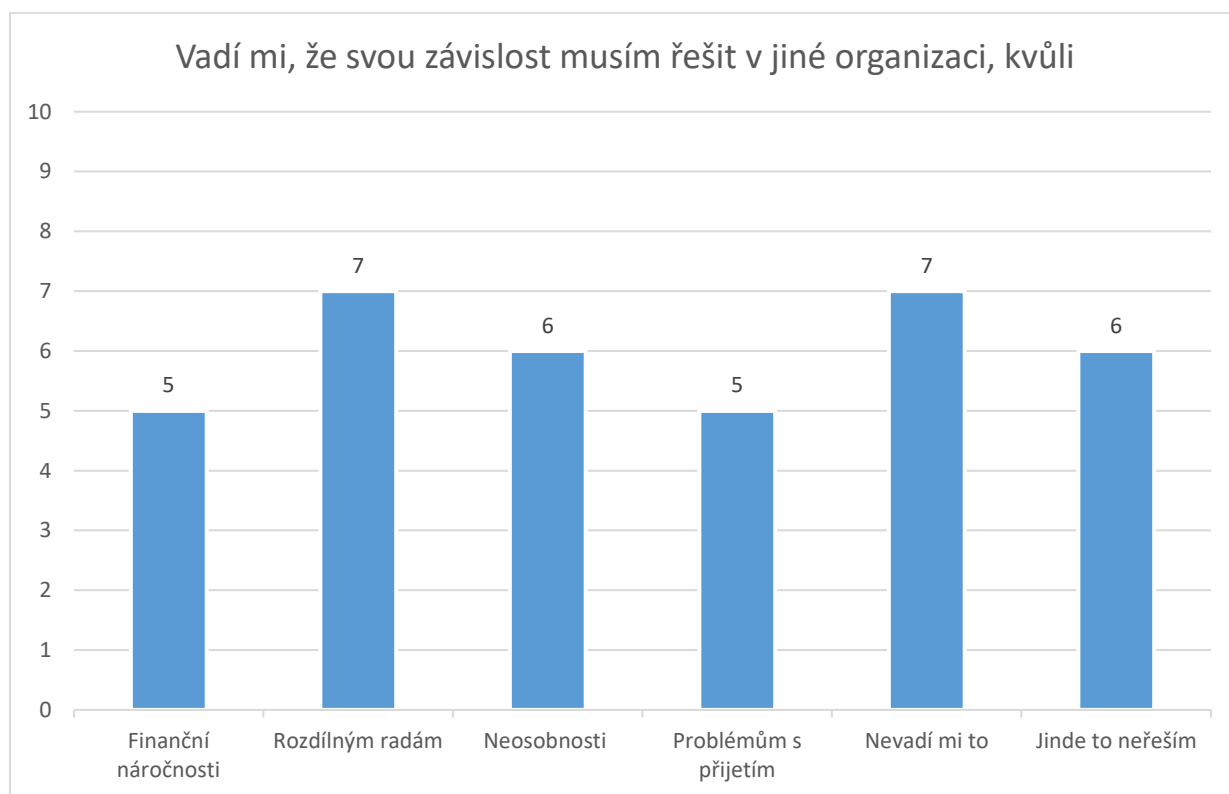
8. b

(Kladena v organizaci se zaměřením na duševně nemocné)

Vadí mi, že svou závislost musím řešit v jiné organizaci protože:

- a) je to kvůli dojíždění finančně náročnější,*
- b) mi v každé organizaci radí něco jiného,*
- c) bych rád/a své problémy řešil/a v menším okruhu lidí,*
- d) jsem měl/a problém s přijetím do organizace pro závislé, kvůli duševnímu onemocnění,*
- e) nevadí mi, že musím řešit problém se závislostí v jiné organizaci,*
- f) nikde jinde závislost neřeším.*

Bylo možné zaškrtnout i více možností.



V organizacích pro závislé klienty vyšel docela jasný výsledek o tom, co klientům na navštěvování jiné organizace ohledně jejich duševního zdraví nejvíce vadí. Mívají evidentně problémy s jejich přijetím. Naopak výsledek z otázky „navštěvování organizací pro závislé duševně nemocnými klienty“ tak jednoznačný není.

9. Otázka

(Kladena v organizacích zaměřených na závislé klienty)

Měl/a jsem problém s přijetím do této organizace kvůli duševnímu onemocnění?

ANO/NE



9. b.

(Otázka kladena v organizacích se zaměřením na duševně nemocné)

Měl/a jsem problém s přjetím do této organizace kvůli závislosti?

ANO/NE

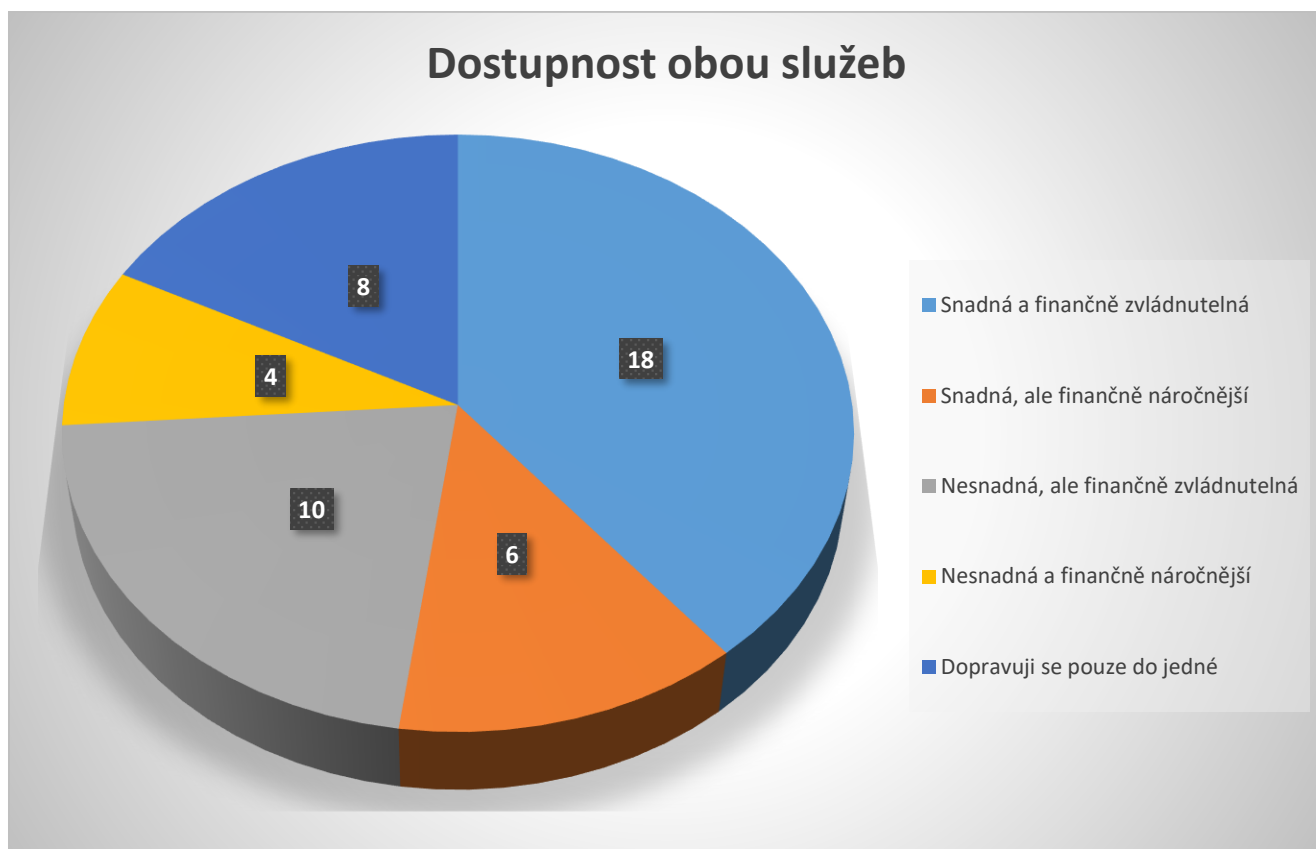


Viditelně větší problémy s přijetím mají osoby se závislostí, které se hlásí do služeb pro duševně nemocné.

10. Otázka

Dopravovat se do obou organizací je pro mě:

- a) snadné a finančně zvládnutelné,*
- b) snadné, ale finančně náročnější,*
- c) nesnadné, ale finančně zvládnutelné,*
- d) nesnadné a finančně náročnější,*
- e) dopravuji se pouze do jedné organizace.*

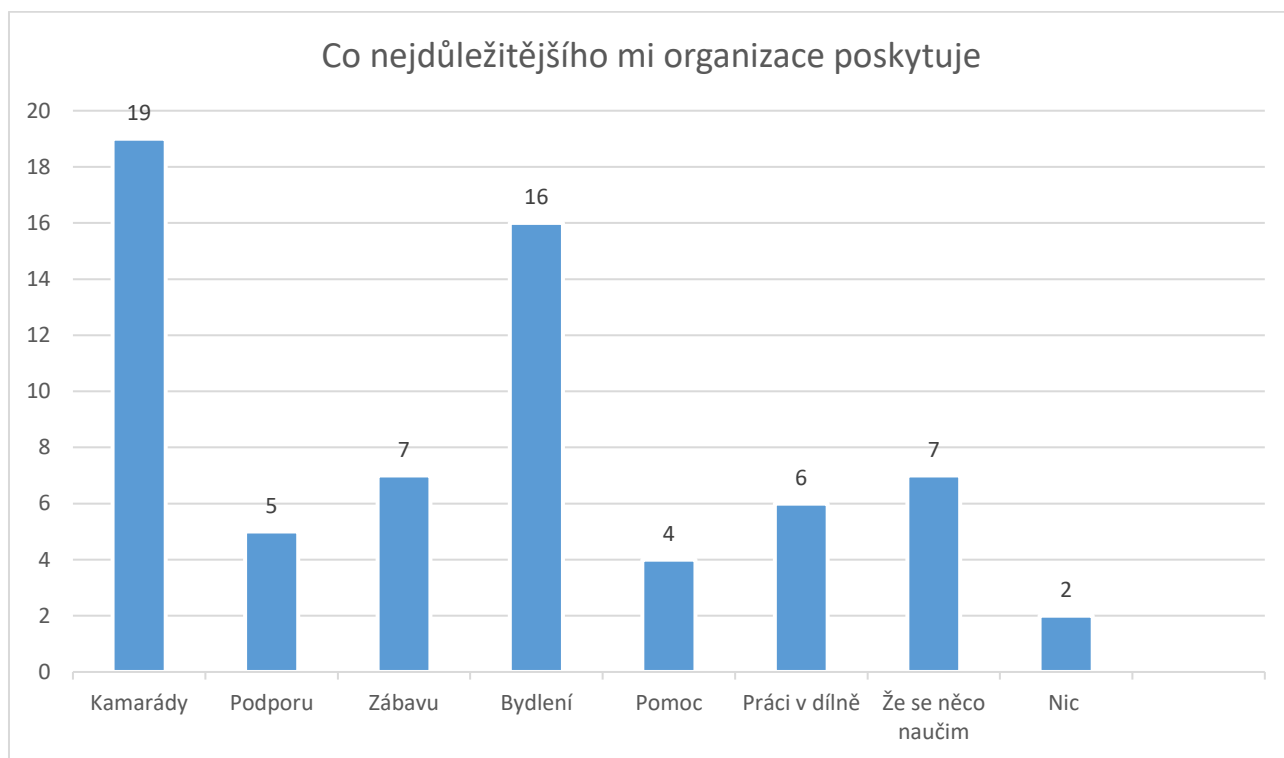


Jak plyne z výsledku, dostupnost obou služeb je pro klienty poměrně snadná a ne-tolik? finančně náročná.

11. Otázka

Co nejlepšího nebo nejdůležitějšího vám organizace poskytuje?

(Otázka byla dobrovolná)



Dohromady odpovědělo 34 respondentů. Odpovědi byly různého charakteru, ale v rámci podobnosti jsem je zařadila vždy do jedné z kategorií.

Vedlejší výzkumné otázky

1. Jaké diagnózy jsou nejčastěji propojeny s různými druhy závislostí?

<i>Závislost</i>	<i>Duševní onemocnění</i>					
-	<i>Schizofrenie</i>	<i>Porucha os.</i>	<i>Deprese</i>	<i>Úzkosti</i>	<i>Fobie</i>	<i>OCD</i>
<i>Alkohol</i>			X			
<i>Pervitin</i>	X					
<i>Marihuana</i>	X					
<i>Hrací aut.</i>		X				

V mém výzkumném vzorku se jako nejčastější onemocnění kombinované a alkoholovou závislostí ukázala deprese. Pervitin a marihuana byly kombinovány se schizofrenií, hrací automaty s poruchou osobnosti. Je to samozřejmě příliš malý vzorek na to, abychom mohli vyvozovat jakékoli souvislosti.

2. Jak souvisí druh závislosti s věkem respondenta?

<i>Věk</i>	<i>Závislost</i>				
	<i>Alkohol</i>	<i>Pervitin</i>	<i>Marihuana</i>	<i>Hrací aut.</i>	<i>Heroin</i>
21–30		X	X		
30–45					X
45–60	X			X	

V mém výzkumném vzorku se jako nejčastější onemocnění kombinované a alkoholovou závislostí ukázala deprese. Pervitin a marihuana byly kombinovány se schizofrenií, hrací automaty s poruchou osobnosti. Je to samozřejmě příliš malý vzorek na to, abychom mohli vyvozovat jakékoli souvislosti.

DISKUZE

V rámci této části bych ráda zodpověděla a prodiskutovala výzkumné otázky své práce.

1. „Jsou klienti spokojeni s mírou zájmu organizace o jejich druhou diagnózu, na kterou služba není primárně zaměřená? Jestliže ne, čeho by v této oblasti potřebovali od služby více?“

Z výzkumu vyplývá, že se liší spokojenost klientů v organizacích pro závislé a v organizacích zaměřených na duševně nemocné. Ve službách pro závislé klienty se ukázala spokojenost duševně nemocných uživatelů spíše nižší. Je to pravděpodobně způsobeno tím, že v organizacích pro závislé nejsou pracovníci na duševní onemocnění kvalitně připraveni, nevěnují mu takovou pozornost a prokazatelně často ani nevědí, kteří z klientů trpí duální diagnózou. Je možné, že klienti organizací pro duševně nemocné jsou spokojenější, jelikož pracovníci těchto služeb jsou s problematikou závislosti u svých klientů častěji v kontaktu. I v pravidlech pro využívání služeb pro duševně nemocné bývají body, které se závislosti u duševně nemocných klientů věnují.

Oproti tomu z vlastní zkušenosti vím, že existují případy, kdy jsou duševně nemocní klienti službou pro lidi trpící závislostí odmítáni, nebo sami odcházejí, protože nezvládají program organizace tak dobře, jako ostatní nebo se mezi dalšími klienty necítí dobře.

Výsledek šetření však může být ovlivněn značným nepoměrem v počtu respondentů mezi organizacemi pro lidi se závislostí a s duševním onemocněním. Také je pravděpodobné, že kdybych výzkum prováděla v jiných organizacích nebo v jiných městech, výsledek by byl jiný.

1. b Jestliže ne (nejsou spokojeni), čeho by v této oblasti potřebovali od služby více?“

Druhá část výzkumné otázky se zabývá tím, co by klienti uvítali od pracovníků organizace ve větší míře.

V organizacích pro závislé se ukázalo, že by si klienti přáli lépe se začlenit do skupiny ostatních. Je docela pravděpodobné, že lidé, kteří mají duševní obtíže, které se navenek nějak projevují, jsou ostatními „běžnými“ závislými považováni za podivíny a nemusejí si ve skupině nebo v organizaci připadat dobře. Ostatně jeden z klientů do volné odpovědi napsal, že si v organizaci připadá hloupě. Naschvál jsem tuto odpověď nezařadila do žádné kategorie, jelikož mi připadá, že dobře podtrhla výsledek dotazu. Další dvě nejpočetnější kategorie se týkaly prevence relapsu duševního onemocnění a potřeby mít dost prostoru a času o psychických problémech mluvit. Je jasné, že pokud se o skutečných

pocitech nemluví, nemůže se zabránit relapsu a už vůbec se klient nemůže v takové situaci cítit dobře. Tyto odpovědi respondentů se tedy v podstatě navzájem potvrdily.

Ve službách pro duševně nemocné vyšla odpověď jasnější. Dvanáct klientů z dvaaadvaceti vyjádřilo potřebu větší pomoci s prevencí relapsu. Ze své vlastní zkušenosti mohou potvrdit, že se se závislostí u duševně nemocných sice pracuje, ale ne do takové hloubky, aby se skutečně zamezilo jejímu návratu nebo prvnímu propuknutí.

Je důležité podotknout, že kdybych měla jiný vzorek klientů, nebo jich bylo více a dotazníky bych vybrala i z dalších organizací, mohl by být výsledek úplně jiný. Také záleží na aktuálním rozpoložení klienta a na tom, co se mu přihodilo před tím, než začal dotazník vyplňovat.

2. Vadí klientům, že musí kvůli jedné ze svých diagnóz navštěvovat i jiné zařízení? Jestliže ano, proč?

Z výsledku vyplývá, že tázaným v organizacích pro závislé, nejvíce vadí problémy s přijetím do služeb, které jsou primárně pro duševně nemocné. Což je pravděpodobné, jelikož přijímání do organizací pro duševně nemocné většinou bývá poměrně přísné.

Naopak závislí klienti z „duševních“ organizací odpovídali různě a výsledek je docela vyrovnaný. Těmto klientům nejvíce vadí rozdílné rady a neosobnost v komunikaci s více lidmi z různých center pomoci. Ale mnohým z nich navštěvování více organizací buď nevádí, anebo žádnou jinou nenavštěvují. Což je zajímavé, protože podle sdělení pracovníků obou organizací pro lidi dlouhodobě duševně nemocné by všichni klienti, kteří trpí nebo trpěli nějakou závislostí, měli navštěvovat zařízení, kde se s jejich problémem odborně pracuje, jako například AT poradnu nebo jiné terapeutické pracoviště. Je tedy otázka, zda klienti tuto odbornou službu mají a nechtělo se jim vyplňovat dotazník, nebo jestli nikam nedochází a nikdo to nekontroluje.

Po shrnutí lze na tuto otázku odpovědět tak, že navštěvování jiné organizace vadí více duševně nemocným klientům z organizací pro závislé, a to kvůli problémům s přijetím. Duševně nemocní závislí, kteří byli do organizace pro lidi s duševním onemocněním přijati a navštěvují i služby pro závislé, mají problém s mírou neosobnosti a s tím, že jim každá organizace dává jiné rady. A značná část z nich podle výzkumu nenavštěvuje zařízení pro závislé i přesto, že by mělo.

Je možné, že kdyby se ptala více klientů, nebo dotazníky vybírala v jiných organizacích, výsledky výzkumné otázky by dopadly rozdílně.

3. *Mají klienti, kteří trpí duševním onemocněním a závislostí problémy s přijetím do služby, která je zaměřená pouze na jednu z těchto dvou problematik?*

Jak jsem již popisovala, v organizacích orientovaných na lidi s duševním onemocněním mají přísná pravidla pro přijetí klienta a jeho setrvání ve službách. V těchto pravidlech je zmíněna problematika závislosti, která bývá například s chráněným bydlením naprosto neslučitelná. Tudíž si myslím, že v tomto ohledu mohou mít klienti s duální diagnózou skutečně problém. Organizace pro lidi duševně nemocné mívají často vysoký práh a přijetí klienta se závislostí bývá dlouho diskutováno, do chráněného bydlení většinou rovnou i zamítnuto.

Výzkum potvrdil, že do organizací pro závislé se duševně nemocný člověk dostane snáze než závislý klient do organizace pro duševně nemocné, jelikož se duševní zdraví neobjevuje v pravidlech jako podmínka pro přijetí do služeb.

4. *Je navštěvování obou služeb (jak služby pro léčbu závislosti, tak pro duševně nemocné) pro klienty snadné i finančně dostupné nebo naopak?*

Neukázalo se, že by dojíždění do druhé organizace bylo pro klienty velkým zatížením. Je to pravděpodobně způsobeno tím, že cestují pouze v rámci Prahy a mnoho z nich má nejspíš zařízení i slevový průkaz na MHD.

V horší situaci jsou mimopražští klienti, kteří mají každou organizaci v jiném městě, nebo které stojí jízdné do Prahy více peněz i času. Takových v mém výzkumném vzorku bylo 9 %.

Určitě by se výsledek mohl lišit, pokud bych měla přístup k více respondentům nebo kdybych výzkum podnikala například v Jihomoravském nebo Plzeňském kraji, kde je podobných organizací minimum, třeba i jedna nebo dvě na celý kraj.

5. *Co nejlepšího vám organizace poskytuje?*

Jednoznačně nejpočetnější byly kategorie „kamarádi“ a „bydlení.“ Objevili se také reakce jako práce, zábava nebo nic. Klienti na tuto otázku odpovídat nemuseli, ale i tak se podařilo nasbírat dost odpovědí. Kamarádi možná proto, že se klienti po dlouhé době dostali mezi lidi, kteří jim rozumí a bydlení jednoznačně nejspíš proto, že střecha nad hlavou je pro osoby trpící duální diagnózou stejně tak důležitá jako pro všechny ostatní zdravé jedince. Navíc pro nemocného člověka je důležité chráněné zázemí, kde

najde oporu a pomoc v případě potřeby. Odpovědi mohly být napsané podle aktuální nálady respondentů nebo podle toho v jaké oblasti se jim zrovna daří nebo dařit začalo.

6. Jaké diagnózy jsou nejčastěji propojeny s různými druhy závislostí?

V mém výzkumném vzorku se jako nejčastější onemocnění kombinované s alkoholovou závislostí ukázala deprese a pervitin s marihuanou byly velmi často kombinovány se schizofrenií. V obou případech se tyto výsledky v podstatě shodují s literaturou. Hrací automaty byly nejčastěji v kombinaci s poruchou osobnosti, což potvrzuje i mou vlastní zkušenost. Ale čekala jsem, že k hracím automatům dopadnou jako nejčastější například maniodepresivní psychózy nebo psychózy obecně. K ostatním závislostem byly další duševní poruchy zastoupeny v nízkých číslech, proto jsem je ani nezařazovala do konkrétního výsledku.

7. Jak souvisí druh závislosti s věkem respondenta?

Dalo se čekat, že marihuana a pervitin budou drogy typičtější pro mladší uživatele. Marihuana bývá přestupní látkou k tvrdším drogám a pervitin často následuje po dvacátém roku věku respondentů. Do tabulky jsem zařadila i heroin, jelikož se ve věkové skupině 30–45 let vyskytoval skutečně nejčastěji. I v literatuře jsem heroin našla pojmenovaný jako drogu dospělých. Alkohol i hrací automaty jsou častým úskalím starším klientů, alespoň podle mého výzkumu. Čekala jsem, že například alkohol bude právě problémem mladších dospělých. Závislost na hracích automatech jsem i z vlastní zkušenosti zažila spíše u starších osob, ale dočetla jsem se, že se stávají častým problémem i mladé generace. V obou případech vedlejších výzkumných otázek nemohu vyvozovat žádné zásadní závěry, jelikož by výsledek mohl být jiný, pokud bych výzkum prováděla v jiných organizacích, s jinými klienty, a hlavně s vyšším počtem respondentů.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak se duálně nemocní klienti cítí v organizacích pro lidi se závislostmi a pro lidi s duševním onemocněním. Jak jsou pro ně osobně služby kvalitní, v čem jim pomáhají a jak jsou jim dostupné. Také mě zajímalo, jaké diagnózy jsou nejčastěji propojeny s různými druhy závislostí a jak souvisí druh závislosti na věku respondentů.

Kvůli provedení výzkumu jsem oslovila devět pražských zařízení, která se nějakým způsobem zabývají rehabilitací klientů po prodělání akutní fáze duševního onemocnění nebo které pracují s osobami se závislostí. S výzkumem souhlasily pouze čtyři z nich. Do každé z těchto čtyř služeb jsem osobně přijela a prováděla výzkum s klienty tváří v tvář skrz připravené dotazníky.

Jako ukazatel kvality služeb jsem zvolila spokojenost klientů. Kvalitnější se ukázaly organizace pro duševně nemocné, které by měly být na závislost svých klientů lépe připravené. Klienti těchto organizací byli se službou spíše spokojeni, ale přáli by si více podpory v oblasti relapsu.

Ani od duševně nemocných klientů z organizací pro závislé nebyl výsledek nijak katastrofický, ale „spíše nespokojených“ klientů bylo k poměru respondentů více. Klienti těchto organizací by si přáli lépe se integrovat mezi ostatní a necítit se ve službách jako outsideri.

Jedna z výzkumných otázek rovněž prokázala, že je problematické přijímání duálních klientů do služeb pro duševně nemocné, kde jsou prahy nastaveny poměrně vysoko, a tak když se klienti do služby nedostanou, přirozeně začnou propadat síti sociální pomoci.

Naopak výsledek otázky ohledně geografické dostupnosti služeb nedopadl špatně. Kromě mimopražských klientů, kteří musí na svá „pomocná místa“ složitěji dojíždět a třeba za to dají vyšší finanční obnos, je navštěvování organizací pro klienty z Prahy bez problému dostupné.

Věk respondentů a jejich závislost napověděly, že rozhodující drogou pro klienty do 30 let je marihuana nebo pervitin, heroin byl klasický pro osoby od 30 do 45 let a nejstarším klientům dělaly problémy hrací automaty a alkohol. Výzkum rovněž potvrdil názor odborné literatury v oblasti nejčastějších kombinací duševních onemocnění a závislosti. K alkoholu to byla deprese, k marihuaně a pervitinu schizofrenie a k hracím automatům porucha osobnosti.

Mezi odpověďmi na otevřenou otázku „co nejdůležitějšího mi organizace poskytuje,“ se nejčastěji objevuje: „kamarády,“ „bydlení,“ „že se něco naučím,“ ale také: „podporu,“ „práci,“ „zábavu“ apod. Což je podle mě příjemnou zpětnou vazbou pro poskytovatele sociálních služeb. Díky této práci jsem měla možnost provést první malou sondu do pocitů klientů s duální diagnózou, kteří se potýkají s nesnázemi při přijímání, dojíždění a využívání služeb. Rovněž se mi podařilo odpovědět si na otázky, které mě ohledně tohoto předmětu zajímaly a ráda bych se stejným tématem zabývala i nadále.

Pevně věřím, že se prostřednictvím připravované reformy psychiatrické péče podaří zlepšit nynější podmínky a služby pro klienty trpící touto diagnózou.

ZDROJE

Literární zdroje:

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti. 1. Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.*

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie. 1. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.*

KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou. Praha: Portál, 2001. ISBN 8071785636.*

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby. 3. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-267-6.*

NEŠPOR, Karel. *Kouření, pití, drogy: Děvčata a chlapci spolu mluví o závislostech. Praha: Portál, 1995. ISBN 8071780235.*

HARTLOVÁ, Helena a Pavel HARTL. *Velký psychologický slovník. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073676865.*

KELNEROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie pro studenty zdravotnických oborů 2. Díl. 1. vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-3600-6.*

FÜRST, Maria. *Psychologie: Včetně vývojové psychologie a teorie výchovy. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-199-0.*

ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie. Praha: Karolinum, 1994. ISBN 8070669551.*

PRÁŠKO, Jan. *Poruchy osobnosti. Třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 9788026209003.*

RÖHR, Heinz Peter. *Závislost: Jak jí rozumět a jak ji překonat. Praha: Portál, 2015. ISBN 9788026209270.*

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy. Druhé. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 808591218.*

BOUČEK, Jaroslav. *Speciální psychiatrie. Olomouc: Universita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 802441354X.*

VACEK, Jaroslav. *Nelátkové závislosti: Behaviorální. Centrum adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2000*

VYSKOČILOVÁ, Jana. *Psychiatrie pro praxi: Workoholismus a jeho důsledky. Psychiatrie pro praxi. Fakulta Humanitních studií*, 2015, 2015(1).

FISHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: Analýza příčin a možností ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. 1. České Budějovice: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.*

Cizojazyčné zdroje

Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M., Kivlahan, D. R. (1988). *Addictive behaviors: etiology and treatment. Annual review of psychology*,

EVANS, Katie a J. Michael SULLIVAN. *Dual diagnosis: counseling the mentally ill substance abuser. New York: The Guilford Press, 1990. ISBN 0-89862-436-3. 129-138*

Dual diagnosis.org: Integrated Treatment of Substance Abuse & Mental Illness. Treatment Therapies for Dual Diagnosis Patients [online]. 2016 [cit. 2016-05-07]. Dostupné z: <http://www.dualdiagnosis.org/>

Internetové zdroje

Enpsyro: encyklopedie psychotropních rostlin. Látková závislost [online]. 2009 [cit. 2016-03-08].

Fokus Praha. Příběhy o zkušenosti s duševní nemocí [online]. 2015 [cit. 2016-05-06]. Dostupné z: www.fokus-praha.cz

Alkohol. Návykové látky.cz: informační portál o drogách a návykových látkách [online]. 2009 [cit. 2016-07-02]. Dostupné z: <http://navykovelatky.cz/alkohol/>

Velký lékařský slovník. Velký lékařský slovník: Psychóza [online]. [cit. 2016-04-12]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/>

Alkoholik.cz: Alkoholismus. Alkoholik.cz: Delirium tremens a další alkoholické psychózy – příznaky [online]. 2016 [cit. 2016-06-23]. Dostupné z: www.alkoholik.cz

VACEK, Jaroslav a Petra VONDRÁČKOVÁ. *BEHAVIORÁLNÍ ZÁVISLOSTI: KLASIFIKACE, FENOMENOLOGIE, PREVALENCE A TERAPIE. Česká a Slovenská psychiatrie [online]. 2014 [cit. 2016-07-02]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=988>*

PŘÍLOHY

Dotazník použitý v organizacích pro duševně nemocné

1. Jsem muž/žena
2. Je mi let
3. Mám/ měl jsem problémy se závislostí na:
 - a) Alkoholu,
 - b) Pervitinu,
 - c) marihuaně
 - d) gamblerství
 - e) jiné návykové látky. Jaké:.....
 - f) S jiným návykovým chováním. S jakým:.....
4. Mám/ měl jsem problémy s tímto/ těmito duševním/i onemocněním/i
 - a) Schizofrenie,
 - b) porucha osobnosti
 - c) deprese,
 - d) úzkosti
 - e) s jiným onemocněním. S jakým:.....
5. Ve službách organizace jsem
 - a) Méně než půl roku
 - b) Půl roku a déle
 - c) Rok a déle
6. S podporou pracovníku organizace při řešení mých obtíží ohledně závislosti jsem:
 - a) Úplně spokojen/á
 - b) Spíše spokojen/á
 - c) Spíše nespokojen/á
 - d) Úplně nespokojen/á

7. V pomoci se závislostí bych si přál/a více

- a) Podpory a zájmu v této oblasti
- b) Prostoru a času o závislosti mluvit
- c) Pocit, že do komunity i přes svou závislost patřím
- d) Pomoci s prevencí relapsu
- e) Něčeho jiného. Čeho:.....
- f) V pomoci se závislostí jsem v této organizaci spokojen/a.

8. Vadí mi, že svou závislost musím řešit v jiné organizaci protože:

- a) je to kvůli dojíždění finančně náročnější
- b) mi v každé organizaci radí něco jiného
- c) bych rád své problémy řešil/a v menším okruhu lidí
- d) jsem měl problém s přijetím do organizace pro závislé, kvůli svému duševnímu onemocnění.
- e) Nevadí mi, že musím řešit problém se závislostí v jiné organizaci.

9. Měl/a jsem problém s přijetím do této organizace kvůli závislosti?

ANO/NE

10. Dopravovat se do obou organizací je pro mě:

- a) Snadné a finančně zvládnutelné
- b) Snadné, ale finančně náročné
- c) Nesnadné, ale finančně zvládnutelné
- d) Nesnadné a finančně náročné

Co nejlepšího nebo nejdůležitějšího vám organizace poskytuje?

Dotazník použitý v organizacích pro závislé klienty

1. Jsem muž/žena
2. Je mi let
3. Mám/ měl jsem problémy se závislostí na:
 - g) Alkoholu,
 - h) Pervitinu,
 - i) marihuaně
 - j) gamblerství
 - k) jiné návykové látky. Jaké:.....
 - l) S jiným návykovým chováním. S jakým:.....
4. Mám/ měl jsem problémy s tímto/ těmito duševním/i onemocněním/i
 - f) Schizofrenie,
 - g) porucha osobnosti
 - h) deprese,
 - i) úzkosti
 - j) s jiným onemocněním. S jakým:.....
5. Ve službách organizace jsem
 - d) Méně než půl roku
 - e) Půl roku a déle
 - f) Rok a déle
6. S podporou pracovníku organizace při řešení mých obtíží ohledně duševního onemocnění jsem:
 - e) Úplně spokojen/á
 - f) Spíše spokojen/á
 - g) Spíše nespokojen/á
 - h) Úplně nespokojen/á

7. V pomoci s duševním onemocněním bych si přál/a více

- g) Podpory a zájmu v této oblasti
- h) Prostoru a času o onemocnění mluvit
- i) Pocit, že do komunity i přes svou nemoc patřím
- j) Pomoci s příznaky duševního onemocnění
- k) Něčeho jiného. Čeho:.....
- l) V pomoci s duševním onemocněním jsem v této organizaci spokojen/a.

8. Vadí mi, že kvůli duševnímu onemocnění musím navštěvovat ještě jiné zařízení protože:

- f) je to kvůli dojíždění finančně náročnější
- g) mi v každé organizaci radí něco jiného
- h) bych rád své problémy řešil/a v menším okruhu lidí
- i) jsem měl problém s přijetím do organizace pro duševně nemocné, kvůli svému problému se závislostí
- j) Nevadí mi, že musím řešit problém se závislostí v jiné organizaci.

9. Měl/a jsem problém s přijetím do této organizace kvůli duševnímu onemocnění?

ANO/NE

10. Dopravovat se do obou organizací je pro mě:

- e) Snadné a finančně zvládnutelné
- f) Snadné, ale finančně náročné
- g) Nesnadné, ale finančně zvládnutelné
- h) Nesnadné a finančně náročné

Co nejlepšího nebo nejdůležitějšího vám organizace poskytuje?